Vorschläge zur Reform am medizinischen Teil des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades,

der Medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

WALTER HARTENBACH

1 9 NOLTE 4 0

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Referent: Prof. Dr. J. Vonkennel.

Herrn Prof. Dr. Vonkennel möchte ich für seine Mühe und die freundliche Übernahme der Arbeit meinen verbindlichsten Dank sagen.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Leistungsfähigkeit eines Volkes geht Hand in Hand mit seiner Gesundheit. Die Zunahme schwerwiegender oder gar erblicher Erkrankungen bedeutet eine große finanzielle Belastung für den Staat und eine Schwächung der Arbeitskraft eines Volkes. Sie gefährdet die Gesundheit der Nachkommenschaft und führt zur Verminderung von Geburten. Darum ist die dankbarste Aufgabe des Staates, die Gesundheit seiner Bürger zu fördern. Er erhält sich dadurch sein wertvollstes Lebensgut. Da der Kampf um die Heranziehung eines gesunden Volkes gerade in den letzten Jahren so ausgeprägt geführt wird und durch das Sterilisationsgesetz die Durchführung wichtiger hygienischer Einrichtungen einen so erfreulichen Erfolg gezeigt hat, muß es uns wundern, daß auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten so wenig unternommen wurde. Die Unzulänglichkeit des Gesetzes vom 18. Februar 1927 hat wiederholt von vielen Seiten Mahnung und Vorschläge einer Änderung hervorgerufen. Wir rechnen heute in Deutschland mit über 2 Mill. Geschlechtskranke und mit etwa 300 000 Neuzugänge im Jahr. Im letzten Kriege wurden 435 000 Soldaten durch die Geschlechtskrankheit kampfunfähig. Diese drei Zahlen allein dürften ein dringender Warnruf sein, die Ursachen dieser Verbreitung weitgehendst klarzustellen und energisch gegen sie vorzugehen. Wieviel wertvolle Menschen gehen dem Staate im Jahr verloren, wieviel Geburten! Wieviel kranker Nachwuchs entsteht! Wieviel schwere Verbrechen haben als Täter einen geschlechtskranken Menschen! All dies wirft ein erschreckendes Licht auf die Auswirkung dieser Erkrankungen und zeigt die Notwendigkeit einer raschen Abhilfe. Die heutige gesetzliche Regelung ist unzureichend, und zwar dem einzelnen gegenüber, wie auch im Hinblick auf die Interessen der Allgemeinheit. Eine Neuregelung ist dringend erforderlich.

Meine Aufgabe war, den medizinischen Teil des Gesetzes durchzugehen und als Mediziner dazu Stellung zu nehmen. Ich versuche, hiermit Vorschläge zu einer wirksamen Bekämpfung zu bringen.

§ 1.

§ 1 erklärt als Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes: Syphilis, Tripper und Schanker. Die Lymphomatosis inguinalis wurde nicht als Geschlechtskrankheit im engeren Sinne bezeichnet, was wir nach den heutigen Erfahrungen nicht mehr zulassen können.

Die L.i., noch bekannt unter dem Namen: „Krankheit von Nikolas und Favre" oder Poradenitis, wurde aus den Tropen von Soldaten und Seeleuten eingeschleppt, und wird seit 25 Jahren in Europa beobachtet. Der Erreger ist nicht bekannt. Die Übertragung erfolgt fast ausschließlich durch den Geschlechtsverkehr. Nach einer Incubation von 15 Tagen erscheinen Geschwürchen oder Bläschen an den Genitalien, beim Manne an der Glans oder Praeputium, bei der Frau an der Vulva. Es ist so klein, daß es übersehen werden kann. Nach abermals 15 Tagen erfolgt in der Regel völliger Schwund des Geschwürchens. Dabei schwellen die Inquinaldrüsen an, verschmelzen untereinander und mit der Haut. Meistens vereitern sie und brechen 2—3 Wochen nach ihrer Anschwellung mit reichlichen Fistelbildungen auf. Die Fisteln können monatelang bestehen und vernarben frühestens nach 5—6 Wochen. Die Lymphoglandulae iliacae sind mitergriffen und oft eine Erklärung für die vielen Nebenerscheinungen und Recidive. Die L.i. manifestiert sich in den verschiedensten klinischen Formen, die mit schweren Komplikationen einhergehen können. Es können Geschwüre in Form eines ulcus molle entstehen, die gerne zu Verwechslung Anlaß geben. Sie vernarben etwa nach 2 Monaten. Oder syphiloide Geschwüre, die in mehreren Wochen vernarben.

Ferner lymphogranulomatöse Knoten, die in Geschwüre zerfallen oder langsam resorbiert werden.

Oft finden wir chronische Geschwüre und Granulome, die häufig typische Krankheitsbilder erzeugen. Sie sind durch ihre schwerwiegenden Folgen bedeutungsvoll. Unter diesen chronischen Geschwüren sind die Vulvageschwüre hervorzuheben. Häufig ist ihre Kombination mit Elephantiasis vulvae. Sie schreiten gerne in die Tiefe und führen zu Fisteln und Stenosen, besonders nach dem Rektum hin. Sie stellen eine Quelle dauernder Neuinfektionen dar. Die chronischen Geschwüre am Anus und Rektum führen zu dem Bild der anorektalen Form, die sich in der verschiedensten Weise äußern kann: „Bald mit Rektalblutungen, Tenesmen, Indurationen der Submucosa mit Ulceration, bald in perirektalen Abszessen und wie eben erwähnt, aus durchbrechenden Vulvageschwüren hervorgehend, bald mit amöbendysenterieähnlichen Symptomen, häufig ohne jede Drüsenbeteiligung. Diese Formen heilen meist mit schweren Stenosen aus, so daß die Anlegung eines Anus praeternaturalis nötig wird. Das Fortschreiten der Infiltration auf das Sigmoid, ja bis zum Ileus mit Ausheilung in totalen Stenosen ist beobachtet worden."

Eine charakteristische Begleiterscheinung der L.i. ist die Elephantiasis. Sie wird durch die Entzündungen der Lymphbahnen und Lymphdrüsen hervorgerufen. Sie befällt das Scrotum, die

Labien, den Anus, die ganze untere Extremität und führt zu mächtigen Anschwellungen. Bei der Frau tritt sie meist in der Form einer Eleph. genito-anorektalis auf, bekannt unter dem Namen Esthiomène, wenn sie mit einem Vulvageschwür verbunden ist.

Neuerdings wird aus Rumänien das zunehmende Vorkommen einer Urethro-cervico-trigonitis prolipherans beschrieben.

Parametritiden und Adnexitiden gehören weiter zu den Komplikationen, die überhaupt vorwiegend die Frauen befallen.

An entfernten Manifestationen der L.i. sind bekannt: „Schwere Mundbodenulcerationen mit Schwellung der regionären Drüsen, papulös-vesiculöses oder papulös-urticarielles Exanthem de Gesichtes, des Halses und der Hände, das vollständig ausheilen kann. Ferner diffuse und knotige Erytheme und schließlich Gelenkschmerzen neuralgischer Art."

Allgemeininfektionen sind auch schon gesehen worden.

Das gebäuchlichste Verfahren zur Sicherung der Diagnose ist die Cutanreaktion nach Frei.

Eine spezifische Therapie ist noch nicht möglich. Unter der großen Anzahl der zur Linderung oder Heilung angewandten Mittel zeigen „das Frei-Antigen, Antimonpräparate und die unspezifische Reizkörkertherapie mit Milch- und Glycerininjektionen" Erfolge.

Aus dem Gesagten haben wir folgende Schlüsse zu ziehen:

Wir müssen verlangen, daß die L.i. als Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes anerkannt wird. Von Jahr zu Jahr steigt die Zahl der Erkrankung, besonders in den Ländern mit Kolonialbesitz, aber auch in Nord- und Ostdeuschland und besonders in den Hafenstädten. Mit der Klärung der Kolonialfrage würden wir mit einer stärkeren Zunahme dieser Erkrankung zu rechnen haben. Diese Erkenntnisse zwingt uns, prophylaktische Maßnahmen zu ergreifen. Die Gefahren der L.i. sind so groß, die Komplikationen so mannigfach, daß wir sie im Keime ersticken müssen. Die Behandlungen sind für den Patienten harmlos, eine Spontanheilung nur sehr schwer möglich. Die Behandlung zeigt glänzende Heilerfolge, zumindest aber starke Linderung und Abkürzung der Beschwerden. Wir sind daher berechtigt, die Krankheit als behandlungspflichtig zu erklären.

Frauen mit einem chron. Vulvageschwür sind wegen ihrer großen Ansteckungsgefahr bis zur völligen Heilung stationär zu behandeln. Im Unterlassungsfalle macht sich auch der Arzt strafbar.

Bei einer Elephantiasis der unteren Körperhälfte ist stets auf L.i. zu untersuchen.

Da bekannt ist, daß die Krankheit aus den Tropen eingeschleppt wird, sind alle verdächtigen Schiffsmannschaften auch auf L.i. zu untersuchen.

Alle Prostituierten sind in bestimmten Zeitabständen verpflichtet, auf L.i. von einem dazu ernannten Arzt untersucht zu werden, da sie oft Keimträger ohne klinische Erscheinungen sind. Eine Untersuchung sämtlicher Prostituierten von Madrid ergab z. B., daß eine große Anzahl Frei-positiv war, ohne daß irgendwelche klinischen Symptome festgestellt werden konnten.

Wegen der häufig vorkommenden Kombination von L.i. mit Lues oder Ulcus molle ist bei jeder L.i. auch daraufhin zu untersuchen. In Frankreich zeigten 55% alle an L.i. Erkrankten eine Doppelinfektion. In anderen Ländern kam man auf ähnliche Ergebnisse, wobei das Zusammentreffen mit Lues am häufigsten war.

Eine Verabsäumung dieser Bestimmungen hat Strafe nach sich zu ziehen.

§ 2.

Nach § 2 beginnt die Behandlungspflicht erst dann, wenn der Kranke weiß, daß er an einer mit einer Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet. Der Begriff des „Wissenmüssens" ist hier viel zu eng begrenzt; denn nach dem Gesetz entfällt die Behandlungspflicht, wenn der Kranke zwar weiß, daß er irgendwie krank ist, ihm jedoch unbekannt ist, daß seine Erkrankung eine Geschlechtskrankheit ist, ebenso, wenn er die Ansteckungsgefahr nicht kennt. Jedem Kranken wird dadurch die Ausrede in den Mund gelegt, nichts von einer Geschlechtskrankheit gewußt zu haben, und nur in wenigen Fällen wird man ihm das Gegenteil beweisen können. Wie will man zum Beispiel einer Frau beweisen, daß sie von einer bestehenden Gonorrhoe etwas gewußt habe? Der eitrige Ausfluß ist auch beim Mann nicht unbedingt ein Kriterium. Der Patient behauptet, es für eine „Erkältung" gehalten zu haben. Jedes Streben einer Eindämmung der Geschlechtskrankheiten zu erreichen wird illusorisch sein, wenn nicht hier eine Abänderung geschaffen wird.

Um eine möglichst vollständige Erfassung aller Geschlechtskranken zu gewährleisten, schlage ich vor, daß schon dann eine Behandlungspflicht besteht, sobald eine Person irgendeine Veränderung an ihren Geschlechtsteilen und deren unmittelbaren Umgebung feststellt, gleichgültig, ob die Veränderung eine spezifische ist oder nicht.

Der Begriff des durch die Umstände bedingten „Annehmenmüssens" ist damit auch hinreichend geklärt. Die Aufgabe der

Aufklärung bestände nur darin, diese neue Behandlungspflicht allen Volsgenossen bekannt zu machen. Dies ist wahrhaftig wesentlich einfacher, als eine Aufklärung über Geschlechtskrankheiten, ihre Symptome und Ansteckungsgefahr. Eine Verabsäumung dieser Pflicht hat Strafe nach sich zu ziehen. Die heutigen Zwangsmaßnahmen bei Verletzung der Behandlungspflicht, sowie zivilrechtliche Schadensersatzpflicht bei einer verursachten Infektion sind, wie die Praxis uns zeigt, völlig wirkungslos. Die Möglichkeit des Antrages um Schadenersatz ist in vielen Fällen gar nicht vorhanden, da der Partner nicht bekannt ist. Der Schutz vor Erpressungsversuchen kann nicht berücksichtigt werden in Anbetracht der großen Gefahren, die eine unbehandelte Geschlechtskrankheit für den Kranken selbst, für seine Mitmenschen und etwaige Nachkommen mit sich bringt.

Nach § 2 hat jeder für das deutsche Reich approbierte Arzt das Recht der Behandlung aller Geschlechtskrankheiten.

Bei der Lues hat sich der behandelnde Arzt wegen der Gefahr „der unvollkommenen Behandlung (§ 7)" an für ihn festgesetzte Vorschriften zu halten, deren Nichtbeachtung strafbar sein soll.

Die Behandlung jeder Lues hat nach dem Mehrkurensystem zu erfolgen.

Für Lues acquisita mag sich eine Kur folgendermaßen zusammensetzen: „In den ersten 14 Tagen dreimal wöchentlich 1 ccm Bi. Die Einleitung mit Bi. macht das Auftreten von Spirochaetenzerfallserscheinungen — in der Praxis unangenehme Komplikationen — bedeutend seltener. Die folgenden 6 Wochen wöchentlich zweimal 0,6 Neo.S und zweimal 1 ccm Bi. abwechselnd. Es sind mindestens drei kombinierte Kuren durchzuführen und zwar nach Negativwerten des Wa. des Blutes noch 2 seronegative Sicherheitskuren. Zur Vermeidung von As-Schäden kann das Salvarsan in Zuckerlösungen gegeben werden (siehe § 4). Die Kuren sind erst mit einem Jodpräparat (Jod-Na oder Jod-K) zu verbinden. Jod besitzt die Eigenschaft, bei der Syphilis die Bindegewebsbildung zu verhindern und damit die Einkapselung der Spirochaeten, bei der chronischen Syphilis Bindegewebe zu lösen und damit eingekapselte Spirochaeten aus ihren Schlupfwinkeln herauszutreiben. Zwischen der ersten und zweiten Kur ist eine Pause von höchstens 6—8 Wochen einzuschalten. Während dieser Pause ist der Patient einer Leber- und Nierenprüfung zu unterziehen.

Bei Lues congenita sind die Kuren anstatt mit Neo.S. mit Spirocid peroral durchzuführen.

Bei Neurolues parenchymatosa acquisita oder congenita ist am Ende der ersten Kur eine Malariaimpfung anzusetzen. In der Regel sollen 10 Fieberanfälle durchgeführt werden, allerdings hat man sich

dabei nach dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten zu richten. Die häufige Mitbeteiligung innerer Organe bei der Neuro-L. macht eine gewisse Vorsicht bei der Anwendung von Arsen nötig (siehe Arsenschäden § 4).

Bei der Meta-Lues einschließlich der meningovaskulären Form der Neuro-L. gilt dasselbe wie für L. acquisita unter Berücksichtigung aller Vorsichtsmaßregeln bei der Behandlung mit Salvarsan.

Bei Arsenresistenten oder intoleranten Fällen sind Bi. oder Hg-Präparate zu empfehlen.

Über Diagnose der Heilung und Entlassung siehe daselbst (§ 7).

Die Behandlung der Gonorrhoe, besonders der chronischen, ist dem Nichtspezialisten fast nicht möglich (siehe Behandlung der Go. § 7). Die Gefahren einer nicht sachgemäßen Behandlung sind zu groß (siehe unvollk. Behandlung § 7).

Nach § 2 ist die Wahl des Arztes dem Kranken übrlassen, dem es auch frei steht, beliebig den Arzt zu wechseln.

Die freie Wahl ist nur mit Einschränkung zuzulassen (siehe § 4).

Der Wechsel des Arztes müßte stets unter Mitteilung an den zuvor behandelnden Arzt geschehen, für Prostituierte nur zu einem für sie zugelassenen Facharzt.

Der Beginn der Behandlung ist bereits festgesetzt worden. Für Recidive ergeben sich hierbei Schwierigkeiten, die durch die Bestimmung der Behandlungsdauer und Entlassungsmöglichkeit beseitigt werden (siehe § 7).

Nach § 2 haben Eltern, Vormünder und sonstige Erziehungsberechtigte für die ärztliche Behandlung ihrer geschlechtskranken Pflegeempfohlenen zu sorgen.

Wissen sie von einer Geschlechtskrankheit ihres Pflegebefohlenen, so hat eine Verletzung dieser Pflicht unter Strafe zu stehen. Sie ist ein grober Verstoß gegen die Gesundheit ihres Pflegebefohlenen mit all ihren Folgen.

§ 4.

Nach § 4 kann die zuständige Gesundheitsbehörde Personen, die dringend verdächtig sind geschlechtskrank zu sein und die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, anhalten, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen.

Welche Personen oder Personenkreise haben wir als dringend verdächtig anzusehen.

1. Alle Prostituierte und Männer mit ständig wechselndem Geschlechtsverkehr. Prostituierte sind mindestens einmal wöchentlich zu untersuchen und zwar jede Woche auf Go., alle 4 Wochen

auf Lues und in gewissen Zeitabständen (etwa alle 8 Wochen) auf L.i. und ulcus molle, auch wenn sie keine klinischen Symptome zeigen. Sie können symptomlose Keimträger sein. Die Zeit der Periode war bis jetzt ein Grund zum Fernbleiben von der Untersuchung, und gerade diese Untersuchung ist so außerordentlich wichtig. (Siehe Entlassung aus Go.Beh. § 7). Wir sollten daher alle Prostituierten während der Zeit ihrer Menses zu einer Untersuchung verpflichten. Die Gefahr ihrer Ansteckungsfähigkeit ist so offenbar, daß es näherer Belege hier nicht bedarf. Hingewiesen sei nur auf die statistischen Daten des Japanischen Gesundheitsamtes vom Jahre 1933: „Die 50 000 konzessionierten Prostituierten wurden in 445 Untersuchungsstätten wöchentlich mindestens einmal untersucht (3 034 000 Untersuchungen). Festgestellt wurden 54 092 Erkrankte, darunter 4753 mit mehreren venerischen Affektionen." Die Verhältnisse sind in anderen Ländern ähnliche. Die dauernde gesundheitliche Kontrolle der Prostituierten ist nötig, wenn wir das Umsichgreifen der Geschlechtskrankheiten wirksam bekämpfen wollen.

2. Alle Personen, deren Berufe eine besonders enge körperliche Berührung mit anderen Personen mit sich bringen. Hierher gehören z. B. Barbiere, Masseure, Kellner, Krankenpfleger, Angestellte aller Wirtschafts- und Barbetriebe u. dgl.

Diese Berufe bringen bei einer bestehenden Geschlechtskrankheit eine zu große Gefahr für die Mitmenschen mit sich. Zum Teil bieten diese Berufe selbst durch ihre Verhältnisse Gelegenheit zum gehäuften Geschlechtsverkehr und die gesteigerte Möglichkeit einer Infektion. Zum anderen Teil fallen sie unter die geheime Prostitution.

Eine Untersuchung ist mindestens alle zwei Jahre nötig. Es ist selbstverständlich, daß strenge Diskretion und Schutz vor Stellungsverlust gewährleistet wird.

3. Die geheim Prostituierten. Es sind Frauenspersonen, die die Unzucht als Nebenerwerb neben einem bürgerlichen Beruf ausüben, welcher oft nur als Deckmantel dient. Zu dieser Kategorie von Prostituierten stellen fast alle weiblichen Berufe ein mehr oder weniger großes Kontingent, natürlicherweise diejenigen am meisten, die bei unzureichender Entlohnung im engen Verkehr mit Männern stehen, so viele Büroangestellte, Arbeiterinnen, Ladenmädchen usw. Unter diesen Prostituierten im Nebenerwerb finden sich, wirtschaftlich betrachtet, alle Stufen, die das soziale Leben überhaupt aufweist. Da all diese Personen einen oft wechselnden und ziemlich oder vollkommen wahllosen Geschlechtsverkehr ausüben, bilden sie eine Hauptansteckungsquelle. Diese geheim Prostituierten, also der weitaus größte Teil, verstehen es, sich der Behandlungspflicht zu

entziehen, und ihr volksverseuchendes Treiben fortzusetzen. Die vorgeschlagene Festsetzung der Behandlungspflicht wird zum Teil eine Besserung bringen. Es ist aber auch erforderlich, daß die Frauen aller der in Abschnitt 2 genannten Berufe, ferner aller Betriebe, die sich vorwiegend oder ausschließlich weiblicher Angestellten bedienen, mindestens alle 2 Jahre zu einer Untersuchung verpflichtet werden, wenn nichts anderes für einzelne Betriebe vorgeschrieben wird. Jeder neue Stellungsantritt macht eine fachärztliche Untersuchung zur Pflicht, denn eine große Ansteckungsgefahr liegt gerade bei den Personen, die häufig ihre Stellung wechseln und sich dadurch auch leicht einer Untersuchung entziehen können. Es genügt die Mitteilung an die überwachende Behörde, daß sich die betreffende Person zur Untersuchung gestellt hat. Das Ergebnis der Untersuchung ist ihr nicht mitzuteilen.

Es ist klar, daß auch mit diesen Maßnahmen nur ein Teil der geheimen Prostitution erfaßt wird. Es wird aber immer solche geben, die sich allen Zugriffen zu entziehen verstehen.

4. Alle schwachsinnigen Kinder, ferner jeder Hydrozephalus und jede Meningo encephalitis sind luetisch verdächtig und daraufhin zu untersuchen. (Siehe Liquorpunkt. Indik. § 4).

5. Jeder Verbrecher. Der Gedanke, Verbrecher auf Lues zu untersuchen, führte in Japan zu einem interessanten Ergebnis. Bei 771 Strafgefangenen stellte sich heraus, daß 21,36% luetisch waren und zwischen Abnormität des Verbrechers, seinem Vergehen und der Lues Beziehungen bestanden.

Das häufige Zusammentreffen von Verbrechernaturen mit Syphilis, besonders mit angeborener Syphilis, ist lange bekannt und macht uns zur Pflicht, die Untersuchung jedes Verbrechers daraufhin zu verlangen.

6. Jede Person, gegen die eine Anzeige wegen Verdacht einer bestehenden Geschlechtskrankheit ergangen ist und diese Anzeige sich als stichhaltig ergeben hat. Diese Person hat ein Gesundheitszeugnis beizubringen, das von einem durch die Gesundheitsbehörde bestimmten Arzt auszustellen ist.

7. Jeder Vertreter. Dieser hat sich alle 2 Jahre einer Untersuchung zu unterziehen, sofern er nicht in Behandlung ist. Sein unstetes Leben und die vielen verderblichen Einflüsse, denen jeder Vertreter dauernd ausgesetzt ist, verführen ihm zu einem stärkeren Sichausleben auf sexuellem Gebiet. Es wird kaum einen Vertreter geben, der nicht mindestens eine Infektion in seinem Leben durchgemacht hat.

8. Jeder Junggeselle. Für ihn gilt in gesteigertem Maße dasselbe, was vom Vertreter gesagt wurde. 15% aller Junggesellen im

Reich sterben an den Folgen ihrer Geschlechtskrankheit. Ein großer Teil der Schuld trifft die mangelnde oder zu spät einsetzende Therapie. Es ist daher angebracht, jeden Junggesellen zwischen dem 35. und 55. Lebensjahr zu verpflichten, sich alle 2 Jahre einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Die Verminderung der Junggesellen durch Heiratserleichterung, z. B. durch bessere Verdienstmöglichkeiten, sind soziale Probleme. Es wird notwendig sein, Personenkreise wie Junggesellen und Vertreter nicht mit dringend verdächtigen Prostituierten in einem Zuge zu nennen, sondern eine Unterabteilung zu schaffen, um keine Mißstimmungen hervorzurufen.

9. Die Geschlechtskrankheiten stellen in ihrer Gesamtheit eine der größten Seuchen unseres Volkes dar. Sie beschränkt sich nicht nur auf die von der Erkrankung Befallenen, sie ergreift auch den Nachwuchs und gefährdet dadurch das Allgemeinwohl in der schwersten Weise. Der Ausfall an Geburten beträgt in Deutschland jährlich etwa 200 000 (siehe F ü r s t). Warum sollte uns da nicht das Recht zustehen, eine pflichtmäßige Untersuchung aller Volksgenossen in gewissen Zeitabständen zu fordern.

Erfordert das ärztliche Zeugnis nur eine Untersuchung auf Lues, so kann sie durch jeden praktischen Arzt erledigt werden. Erforderlich sind drei Blutreaktionen. Wann eine Liquorpunktion indiziert ist, wird unten erörtert werden.

Inallen anderen Fällen sind die Zeugnisse bei dringend verdächtigen Personen vom Spezialarzt auszustellen.

Die Art der Untersuchung ist jeweils vorgeschrieben (siehe § 7).

Nach § 4 sind unter Ausnahmefällen, die die Untersuchung bei einem von der Gesundheitsbehörde benannten Arzt notwendig machen, nicht einmal Prostituierte anzunehmen.

Es ist aber bekannt, daß sich die Prostituierten aller erdenklichen Mittel bedienen, um so einer ärztlichen Behandlung zu entziehen: „Manipulationen kurz vor Aufsuchen des Arztes, die den Nachweis der Erreger erschweren, Ausnützung nicht sachkundiger oder wenig zuverlässiger Ärzte u. dgl." Die fachmännische Kontrolle eines für sie bestimmten Spezialarztes ist daher unerläßlich.

Dasselbe gilt für die geheime Prostitution.

Die durch Anzeige Verdächtigen haben nur den von der Gesundheitsbehörde genannten Arzt aufzusuchen.

Alle Forderungen haben unter Strafe zu stellende Pflichten darzustellen.

Nach § 4 sind ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind, nur mit Einwilligung des Kranken erlaubt. Diese Eingriffe sind:

1. Behandlung mit Salvarsan-, Quecksilber- und Wismuthpräparaten.
2. Entnahme der Rückenmarkflüssigkeit.
3. Die Behandlung mit Malaria.
4. Die Cystoskopie, der Uretheren-Katheterismus und die Dehnung der Harnröhre.

Diese Vorschrift genügt, um jeden therapeutischen Erfolg zu unterbinden. Wir sind ganz und gar von der Einsicht und dem guten Willen unseres Patienten abhängig, ob wir eine wirksame Behandlung durchführen können oder nicht. Die Freiheit des einzelnen über seine Gesundheit hat dort ihre Grenzen zu finden, wo das Volkswohl auf dem Spiele steht, zumal der geistige Zustand vieler Geschlechtskranken ihnen jedes vernünftige Urteil über ihren Gesundheitszustand unmöglich macht.

Die Folgen der Eingriffe sind den Folgen des Unterlassens gegenüberzustellen, um die Notwendigkeit dieser Eingriffe einzusehen.

Eine Behandlung der Lues ohne Arsen und Wismuth ist undenkbar. Arsen ist das beste gegen die Spirochaeten gerichtete Mittel, das besonders in Kombination mit Wismuth den besten Heilerfolg garantiert. Unter den Arsenpräparaten hat sich für den Erwachsenen Neo-Salvarsan in der Praxis am besten bewährt. Nach einer NS-Injektion finden sich bereits nach 24 Stunden im Reizserum der Manifestationen keine Spirochaeten mehr. Kein anderes Präparat zeigt eine derart prompte Beeinflussung bei einer Wirkung einer einmaligen Dosis auf die Erreger.

Wismuth unterstützt den Körper bei der Erzeugung spezifischer Abwehrreagine. Es wirkt als Katalysator der spezifischen Abwehrfunktionen des Körpers. Nur durch As. und Bi. ist eine vollständige Heilung möglich.

Quecksilber hat dieselbe Wirkung wie Wismuth, ist aber indifferenter. Es ist aus der modernen Behandlung leider fast völlig verschwunden. Eine gewisse Beachtung verdienen die in letzter Zeit sich häufenden Ansichten, nach denen die Heilwirkung der Hg.-Präparate in Steigerung begriffen sei.

Über die Bedeutung von Jod bei der Lues-Therapie habe ich schon in § 2 gesprochen.

Welche Gefahren bestehen nun bei einer kombinierten As.-Bi.-Behandlung?

Das Werk von Genner über 5526 Patienten, die mit NS. behandelt wurden, berichtet von 6 Todesfällen. Bei drei von diesen waren Arsenobenzole nicht die Hauptfaktoren der Todesursache. Es bleiben also drei durch Arsenobenzol verursachte Todesfälle,

damit eine Mortalität von 0,054%. Die Zahl der insgesamt auftretenden Salvarsanschäden nimmt von Jahr zu Jahr stark ab. Im Jahre 1931 waren es 11,8% und beträchtlich weniger als im Vorjahre. Im Jahre 1933 waren es nur noch 4,8%. Der Prozentsatz ist in den letzten Jahren noch weiter gesunken. Eine richtige Handhabung des Arsens und eine strenge Kontrolle der Organfunktion des Patienten werden schwerwiegende Nebenerscheinungen noch leichter vermeiden lassen.

Die häufigsten Salvarsanschäden sind: Dermatitiden, Erytheme, Hepatoreaktion. Hämorrhagische Encephalitiden sind äußerst selten geworden, ebenso Neuritiden und Agranulocytosen.

Man kann durch Insulin und Traubenzucker, oder durch Injektionen von Arsen in konzentrierter Zuckerlösung die Leber mit Glycogen anreichern. Salvarsanschäden werden dadurch bedeutend vermindert und in ihrem Auftreten abgeschwächt, ganz besonders gilt dies für Ikterus. Mit der heute geregelten Dosierung und der garantierten Reinheit der Präparate sind die Nebenerscheinungen stark zurückgegangen.

Auch die Nahrung spielt bei der Arsenbehandlung eine gewisse Rolle, sowohl in Bezug auf ihre Menge, als auch in Bezug auf Zusammensetzung. Bei schlechter Ernährung sehen wir häufiger Arsenschädigungen, was wahrscheinlich durch die verminderte Resistenz des Körpers und die Glycogenarmut der Leber zu erklären ist. Diätfehler befürworten mitunter eine Salvarsandermatitis. Diät läßt Dermatitis vermeiden oder abschwächen. Verboten sind Säuren, unverkochte Fette, fettes Fleisch, Gewürze, Räucherfleisch und Alkoholabusus.

Ein einleitender Beginn mit Wismuth trägt zur Verhinderung von Komplikationen während der Arsenbehandlung bei.

Es versteht sich von selbst, daß bei nervösen Patienten, bei Asthenikern, bei Patienten mit einer Tbc. oder einer anderen Erkrankung, bei schwächlichen anämischen, bei kachektischen und heruntergekommenen Individuen Vorsicht angebracht ist, was leider auch nicht immer beachtet wird. Sie sind es, bei denen Komplikationen am häufigsten zu finden sind.

Die Folgeerscheinung der Bi.-Behandlung sind nicht so häufig und so ernster Natur. Hier sind besonders Nierenschädigungen zu beachten. Die systematische Urinkontrolle ist ein Teil der Therapie.

Den Gefahren der Behandlung mit Arsen und Wismuth stehen gegenüber die Gefahren ihrer Unterlassung.

Es ist unmöglich, einen Erkrankten ohne die Anwendung von Arsen und Wismuth zu heilen. Welche Folgen dies nach sich zieht, ist zum Teil schon besprochen worden, in einem Kapitel über „Unvollkommene Behandlung" wird genauer darauf eingegangen wer-

den. Vor allem müssen wir uns vor Augen halten, welche hervorragenden therapeutischen Erfolge wir dem As. verdanken. Sie werden in dem Kapitel über „Behandlung der Lues" genau dargelegt werden (§ 7).

Die Behandlung mit As. und Bi. darf nicht freigestellt werden, sondern muß strafrechtliche Pflicht für den Arzt und den Patienten sein.

Nach § 4 ist die Liquorpunktion nur mit Einwilligung des Patienten erlaubt.

Zunächst zur Frage der Punktion.

Wir haben zwei Arten von Punktionen zu unterscheiden. Erstens die Lumbalpunktion und zweitens die Suboccipitalpunktion.

Die Lumbalpunktion ist ohne Gefahr. Stets ist für genügende Anästhesierung zu sorgen, was oft nicht beachtet wird und den Patienten gegen jede weitere Behandlung mißtrauisch macht. Es ist nur soviel Liquor zu entnehmen, als unbedingt zur Untersuchung nötig ist. Die Punktion hat stationär zu erfolgen und ist für den praktischen Arzt zugänglich. Bei Beachtung aller Vorschriften sind Nachwirkungen belanglos.

Die Suboccipitalpunktion ist ein ziemlich junges Verfahren. Sie verdrängt immer mehr die Lumbalpunktion. Sie hat den Vorteil, ambulant ausgeführt werden zu können. Der Patient kann sofort aufstehen und seiner Arbeit nachgehen. Man wird ihm allerdings an diesem Tage körperliche Schonung empfehlen. Die Punktion bietet keinerlei Schwierigkeiten. Leitpunkt ist der Processus spinosus des Epistropheus. Dicht oberhalb von ihm wird genau in der Medianlinie eingestochen. Solange die Nadel frei beweglich ist, ist die Membrana atlantooccipitalis noch nicht erreicht. Deutlich fühlen wir den Widerstand der Membran und ebenso das Durchbrechen durch die Wand. Die Nadel ist jetzt nicht mehr beweglich. Der Raum der Cysterna Cerebello-medullaris ist erreicht. Er ist in allen seinen Durchmessern so groß, daß es nur grober Unachtsamkeit zuzuschreiben ist, wenn die Nadel bis zur Medulla vordringt. Selbst beim Anstechen der Medulla können von der Nadel keine gefährlichen Zentren erreicht werden. Kommen wir mit der Nadel zu hoch, so können wir den Venensinus anstechen, wenn dieser erweitert ist, oder über den Rand des Foramen-magnum hervorragt, was selten ist. Eine Gefahr für den Patienten entsteht dadurch nicht. Der Liquor ist wegen seines Blutgehaltes unbrauchbar. Ein einziger Fall wird aus Amerika berichtet, wo diese Verletzung zu einem starken Hämatom führte und eine Trepanation nötig machte. Man würde zu weit gehen, wenn man diesem Fall große Bedeutung schenken wollte. Jede ärztliche Handlung kann durch Unvorsich-

tigkeit oder andere Zufälle schließlich einmal zu ernsten Komplikationen führen. Es gibt heute bereits Meßinstrumente, die genau die Einstichstelle und den Richtungswinkel der Nadel bestimmen.

Wir verlangen dafür für alle Fachärzte eine genaue anatomische und praktische Schulung in der Liquorentnahme.

Wann ist die Liquorpunktion indiciert?

1. Ist durch manifeste klinische Symptome und durch den positiven Ausfall der Blutreaktionen, oder nur eines von beiden eine Lues festgestellt worden, so ist die Liquoruntersuchung sofort zu Beginn der Behandlung notwendig. Ausnahmefälle bilden die L I und L II. Wir wissen zwar, daß in allen Stadien der Liquorbefund, auch beim Primäraffect positiv sein kann, selbst, wenn der Wa. des Blutes negativ ist. Es kommt ihm aber keine große Bedeutung zu, ebensowenig im ersten Stadium der Generalisation, wo oft eine leichte Beteiligung der Meningen angetroffen wird. Diese positiven Reaktionen verschwinden meist in der Behandlung. Für L I und L II ist eine Punktion zu Beginn der Behandlung daher nicht angebracht. Sie hat bei einer Lues I erst am Ende der Behandlung, bei der Lues II vor der letzten Kur zu erfolgen und ist erst dann von diagnostischem Wert. Es ist falsch, zu behaupten, nach einer Lues I seronegativ sei eine Punktion überflüssig, da der Prozeß lokal geblieben sei, und die Erreger nicht in das Blut, also auch nicht in das Nervensystem eingedrungen seien. Fälle, in denen bei einem Primärkomplex mit noch negativem Wa. des Blutes alle sereologischen Reaktionen im Liquor positiv befunden wurden, beweisen, daß die Spirochaeten sofort in das Blut gelangen können, wahrscheinlich nicht in genügender Menge, um ihren Nachweis zu liefern. Hierfür spricht auch der Fall aus Paris, in dem ein Patient, als er einen beginnenden Primäraffekt an seinem Glied entdeckte, sich dieses amputierte, und trotzdem an sekundärer Lues erkrankte.

Für eine Lues latens hat die Forderung einer sofortigen Punktion zu gelten.

Das Übersehen einer beginnenden Neuro-Lues und die zu spät einsetzende Behandlung mit ihren Folgen stellen eine so große Gefahr dar und lassen die geringen Nebenerscheinungen einer Punktion ganz in den Hintergrund treten. Je älter eine Neuro-Lues ist, desto geringer werden die Aussichten auf Heilung, während bei einer frühzeitigen Erkennung die Behandlungen in den meisten Fällen voll erfolgen oder zumindest starke Besserung erzielt. Sie verhindert die frühzeitige Invalidisierung eines Menschen und schützt ihn vor vollständigem Siechtum oder Irrsinn. Sie vermeidet

dadurch eine erhöhte Inanspruchnahme aller sozialen Einrichtungen, wie Kranken-, Invaliden- und Irrenfürsorge. Sie gibt dem Patienten seine geistige und körperliche Arbeitskraft wieder und reiht ihn als brauchbares Mitglied der Volksgemeinschaft wieder ein.

2. Die Liquoruntersuchung ist unerläßlich zur Diagnose der Heilung. Wir können keinen Patienten als geheilt entlassen, ohne uns durch die genaue Untersuchung des Liquor von seiner Gesundheit überzeugt zu haben. Der Ausfall der Blutreaktionen gibt keinerlei Aufschluß über das Verhalten des Liquor. Ein negativer Wa. des Blutes bei positivem Liquor ist nichts seltenes und für manche Form der Lues geradezu charakteristisch. Bei Hirnsyphilis z. B. sind die Blutreaktionen öfter negativ, während der Liquor positiv ist. Bei Tabes sind gleichfalls die Blutreaktionen häufig negativ, bei pos. Liquor. Bei der Dementia paralytica sind Blut- und Liquorreaktionen positiv.

3. Nach der Entlassung des Patienten ist im Laufe der nächsten Jahre der Liquor wiederholt zu untersuchen, unabhängig von dem Ausfall der Blutreaktionen. Die Häufigkeit einer auftretenden Neuro-Lues mag ein Beispiel erleuchten. In Chicago wurden 680 Luiker nachuntersucht, wovon 260 Symptome der Neurosyphilis zeigten, darunter 20% der ausreichend behandelten. Die Incubationszeit einer Neuro-Lues ist ganz verschieden. Sie ist umso kürzer, je später die Infektion stattgefunden hat. Hat sich eine jüngere Person mit einer Lues infiziert, so wird sie in den meisten Fällen erst nach Jahrzehnten von einer Neuro-Lues befallen, während bei älteren Personen von 40 oder mehr Jahren eine Neuro-Lues bald nach der Infektion aufzutreten pflegt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Patienten nach vollendeter Behandlung verschieden lang zu überwachen, abhängig von dem Zeitpunkt ihrer Infektion. Es wird am praktischten sein, die Überwachungszeit folgendermaßen festzusetzen:

15 Jahre bei einer Infektion zwischen d. 20. u. 30. Lebensjahr,
10 Jahre bei einer Infektion zwischen d. 30. u. 40. Lebensjahr,
5 Jahre bei einer Infektion nach dem 40. Lebensjahr.

Der Patient hat sich zur Untersuchung auf eine Neuro-Lues jedes Jahr einmal vorzustellen. Es ist stets ein Nervenstatus aufzustellen. Eine Liquorpunktion ist durchzuführen, sobald Verdacht auf eine beginnende Neuro-Lues besteht, mindestens aber zweimal während der Beobachtungszeit und vor der endgültigen Entlassung. Angehörige des Patienten sind stets darauf hin zu verhören, ob eine Änderung seines Verhaltens bemerkt wurde. Diese Art der Nachforschung hat schon manche beginnende Neuro-Lues aufklären helfen.

Bei einer Lues des Zentralnervensystems hat am Ende der Behandlung eine Liquorkontrolle zu erfolgen. Bei negativem Ausfall ist der Patient noch drei Jahre zu überwachen, wobei der Liquor dreimal zu punktieren ist. Rezidive treten meist in dieser Zeit auf. Später sind sie praktisch nicht mehr zu erwarten. Ist der Liquor am Schluß der Behandlung positiv, dann ist der Patient zeit seines Lebens zu beobachten. In den ersten 3 Jahren hat er sich alle 6 Monate vorzustellen. Eine Liquorpunktion ist dreimal erforderlich. Für die Folgezeit ist das klinische Bild genauestens alle Jahr zu überprüfen.

Wir müssen bedenken, daß bei 20—30% aller Neuroluiker Recidive auftraten, zum großen Teil durch die Schuld der zu spät eingesetzten Behandlung.

4. Sind die Blutreaktionen negativ und rechtfertigen klinische Symptome den Verdacht einer Neuro-Lues, so ist die Liquoruntersuchung anzustellen.

5. Sind bei negativen Blutreaktionen die klinischen Symptome nicht manifest, sondern nur verdächtig, so ist bei dem Nachweis einer früher überstandenen spez. Infektion gleichfalls eine Punktion anzustellen.

6. Schwachsinnige Kinder sind sämtlich auf Neuro-Lues zu untersuchen. Es ist bekannt, daß Schwachsinn von Kindern oft Ausdruck einer kongenitalen Lues ist. Untersuchung von William ergaben, daß ungefährt 29,8% aller schwachsinnigen Kinder syphilitisch waren. (In der Literatur finden wir Werte bis zu 66%). Der Wa. des Blutes war bei mindestens 8% aller Formen negativ, sowie bei 5% der Dementia paralytika.

7. Nicht selten ist bei Lues congenita eine Neuro-Lues vorhanden. Häufige Fehldiagnosen kommen bei Hydrocephalus und Meningoencephalitis syphilitica vor, ersteres wird gerne mit einer Rachitis, letzteres mit einer Tbc. verwechselt, zumal die Mütter symptomlos sein können (Lues ignonta). Bei jeder Lues congenita müssen wir daher auch den Liquor untersuchen, wobei auf beide erwähnte Fälle besonders zu achten ist. Manche Autoren behaupten, daß ein Hydrocephalus auf der Basis einer Lues congenita äußerst selten ist. Da aber jeder Hydrocephalus an sich eine Punktion indiziert, ist eine Diskussion darüber, ob der Liquor auch noch auf die für die Lues spez. Reaktion zu prüfen sei oder nicht, müßig.

Das nicht rechtzeitige Eingreifen einer Therapie ist bei der Neuro-Lues congenita noch verhängnisvoller als bei der Acquisita. William behandelte z. B. 144 Fälle von congenitaler Neuro-Lues und konnte nur bei 13,8% eine wesentliche Besserung erreichen, da

die Therapie zu spät eingesetzt wurde. 61,1% waren unbeeinflußbar. Je frühzeitiger die Therapie, desto günstiger ist die Prognose.

8. Es sind auch alle Neugeborenen auf Nuro-Lues zu untersuchen, bei deren Eltern eine Lues festgestellt worden ist, selbst wenn keinerlei klinische Symptome nachweisbar und die Blutreaktionen negativ sind. Bei allen Neugeborenen müssen wir eine Lues annehmen, wenn die Behandlung der syphilitischen Mutter zu spät oder überhaupt nicht erfolgt war, ebenso, wenn der Vater an Lues litt, denn die Mutter ist dann sicher auch infiziert worden und kann symptomlos sein.

9. Schwachsinn des Erwachsenen ist wegen seines Zusammenfalles mit Neurolues unbedingt daraufhin zu untersuchen (Massazza, Bertalucci, Bumke).

10. Personen aller Berufe, die dem Verkehr unterstellt sind und eine große Verantwortung erfordern, sind bei Vorhandensein einer Neuro-Lues für diesen Beruf nicht mehr arbeitsfähig. Darunter sind Chauffeure, Piloten, Lokomotivführer u. dergl. verstanden, da schon öfter eine Neuro-Lues die Ursache von Verkehrsunfällen war.

Bei der Liquoruntersuchung sind sämtliche Reaktionen anzustellen: Zelgehalt, Eiweißgehalt, WaR. und die Goldsolreaktion, Kolloidreaktionen, die besonders wichtig sind. Das zeitliche Auftreten der positiven Reaktionen ist verschieden. Von Ciambelotti will an Hand von 700 Liquoruntersuchungen eine Gesetzmäßigkeit gefunden haben: „Zuerst Drucksteigerung, dann Hyperleucozystosis, Hyperalbuminosis, Hyperglobulinosis, Coloidreaktion und schließlich die spez. Reaktion. Der Zuckergehalt des Liquor ist gleichfalls zu bestimmen."

Bei allen erwähnten Indikationen sollte die Veranlassung zur Liquorpunktion Pflicht des Arztes bei Strafe der Unterlassung, und Pflicht des Patienten bei Strafe des Entzugs sein.

Nach § 4 ist eine Malariabehandlung ein Gesundheit und Leben gefährdender Eingriff und daher von der Einwilligung des Patienten abhängig.

Die Malariabehandlung kommt in Frage bei der Neuro-Lues, Parenchymatosa, Acquisita und Congenita, während die meningovaskuläre Form durch das Kurensystem ausgeheilt werden kann.

In Europa verwenden wir zur Impfung die Malaria tertiana. (Die Quartana wird bei Negern angewandt, da diese nicht auf Tertiana ansprechen. Sie ist schwer durch Chinin abzustoppen, und dies ist oft die Ursache ernster, bisweilen tödlicher Komplikationen.) Die Tertiana ist harmloser. Sie ist durch Chinin jederzeit abzustoppen. Schwerwiegende Folgeerscheinungen mit tödlichen Ausgängen werden auch hier beobachtet, allerdings viel seltener als bei der Quartana und vorwiegend bei alten Leuten und solchen mit

einem sekundären Organleiden. Die Erfolge sind ausgezeichnete. In 50% der Fälle erfolgt Heilung oder eine starke Besserung, so daß die Patienten arbeitsfähig werden. Recidive treten in etwa 20—30% der Fälle auf, die wie schon erwähnt zum großen Teil durch zu spät eingesetzte Behandlung verschuldet sind. Die Malariaimpfung ist bei jeder diagnostizierten Neuro-Lues normalerweise sofort einzuleiten, auch bei alten Patienten und solchen mit sekundären Erkrankungen, wenn nicht durch sie der tödliche Ausgang einer Malariabehandlung sichersteht, z. B. bei Aneurysmen, Herzfehlern, Kachexie u. dgl., und wenn die Krankheit schon soweit vorgeschritten ist, daß sie das Eingreifen einer Behandlung als unzweckmäßig verbietet.

Nach § 4 ist die Cystoskopie, der Katheterismus und die Dehnung der Harnröhre verboten, wenn der Patient nicht seine Einwilligung dazu gibt.

Bei jedem Blasenleiden ist eine Cystoskopie nötig. Ist eine Lues der Harnblase vorhanden, so führt sie zur beiderseitigen tödlichen Nephritis, wenn sie nicht rechtzeitig diagnostiziert wird. Eine Go. der Harnblase mit aufsteigender Pyelonephritis kann zur beiderseitigen tödlichen Nephritis führen. Der Prozentsatz dieser Komplikationen ist jedoch zu gering, auch trifft es nur den Patienten selbst, bedeutet aber keine Gefahr für die Weiterverbreitung der Krankheit, so daß wir die Cystoskopie nicht als strafrechtliche Pflicht verlangen können. Es kann bei der durch das Gesetz festgesetzten Bestimmung bleiben.

Anders ist es mit dem Katheterismus und der Dehnung der Harnröhre.

Ein Katheterismus, bezw. eine Uretheroskopie ist notwendig bei chronischen Fällen der Go., dessen Rückfälle durch Herde in der Prostata, parauretralen Gänge und Drüsen in der Anteriora hervorgerufen werden, überhaupt bei hartnäckigen und chronisch recidivierenden Fällen. Die chronischen Fälle tragen ebenfalls dazu bei, daß diese Erkrankung so stark verbreitet wird. Ihre Behandlung ist oft nur auf dem eben beschriebenen Wege möglich.

Jede Entlassung eines Patienten aus der Behandlung der Go. hat eine Provokation mittels Massage über Bougies vorauszugehen. Durch die Dehnung der paraurethralen Drüsen werden versteckt sitzende Gonokokken herausgetrieben, die so oft die Ursache von Recidiven sind. Die Vorbeugungsmaßnahme geschieht im Sinne der Gesundheit des Patienten und auch seiner Mitmenschen. Sie kann großes Unheil verhüten.

Ich halte es für richtig, daß die beiden letztgenannten Eingriffe auch ohne besondere Einwilligung des Patienten durchgeführt werden dürfen.

§ 5.

Nach § 5 wird bestraft, wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, dies weiß, oder den Umständen nach annehmen muß.

Diese Umstände des Annehmenmüssens sollen auch nach jedem Geschlechtsverkehr mit einer verdächtigen Person gegeben sein. Unter verdächtigen Personen verstehe ich alle Frauen, die sich Männern gegen Entgelt, entweder in barem Gelde, oder Geschenken aller Art, hingeben, und alle Angestellte nächtlicher Betriebe. Ein tragischer Fall berichtete uns Oberarzt Vonkennel, in dem ein junger Kollege während der Faschingszeit in einem Nachtlokal mit einer in diesem Betriebe angestellten Person Geschlechtsverkehr hatte und seine Frau durch eine nach 3 Tagen mit ihr ausgeübten Verkehr infizierte.

Die Zahl der Geschlechtskranken, die trotz ihrer Erkrankung den Geschlechtsverkehr ausüben, ist sehr groß. Diese Handlungsweise deutet auf minderwertige Veranlagung hin, gegen die wir drakonisch vorgehen müssen. Bei Besprechung der asozialen Geschlechtskranken werde ich noch darauf zurückkommen.

Das Gesetz verneint eine strafbare Handlung, wenn ein Schutzmittel angewandt wurde. Es ist verkehrt zu glauben, daß in einem solchen Falle eine Gefährdung nicht bestehe. Der Gebrauch eines Schutzmittels geschieht oft zu spät oder nicht vorsichtig genug.

§ 6.

Jede Person, die einmal eine spezifische Infektion durchgemacht hat, hat sich vor Eingehen einer Ehe von einem Facharzt ein Gesundheitszeugnis ausstellen zu lassen. Sie hat dabei dem Facharzt über eine frühere Infektion und die Absicht zu heiraten, Mitteilung zu machen. Auf diese Weise wird einer oberflächlichen Untersuchung entgangen. Für den Arzt besteht absolute Schweigepflicht, auch den Eltern des Ehepartners gegenüber. Nur dieses Zeugnis hat ein Beweis für die volle Gesundheit zu sein und nur der Nachweis dieses Zeugnisses schützt von einer Strafverfolgung. Es besteht keine Verpflichtung, das Zeugnis irgend jemanden vorzulegen.

Der heute allgemein geforderte Gesundheitspaß genügt nicht. Allzu oft wird eine Geschlechtskrankheit übersehen. Das Eheg.-Gesetz spricht nur davon, wann eine Ehe nicht geschlossen werden darf. Über die Erkundigung dieses Ehehindernisses besagt es nichts Genaues.

§ 7.

Nach § 7 ist die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane nur für den für das deutsche Reich approbierten Arzt erlaubt.

Die Dauer der Behandlung hat die Beobachtungszeit miteinzuschließen. Jeder Kranke ist sofort zu Beginn der Behandlung von seinem Arzt über die Art seiner Erkrankung und die Strafbarkeit einer Behandlungsflucht (siehe § 9) aufzuklären. Es ist ihm klar zu machen, daß die Entlassung aus der Behandlung nur vom Arzt aus erfolgen kann. Wann eine Entlassung möglich ist, wird später besprochen werden. Der Wechsel des Arztes ist, wie in § 2 und § 4 festgesetzt, erlaubt. Dem Erkrankten ist somit jede Ausrede einer Behandlungsflucht genommen.

Untersuchung.

Die Behandlung schließt eine Untersuchung ein. Wenn nicht anders bestimmt, kann sie jedem Arzt eingeräumt werden.

Zweckmäßig haben alle Untersuchungen nach ganz bestimmten Grundsätzen zu erfolgen.

Bei Verdacht auf Lues müssen drei Blutreaktionen vorgenommen werden. Die WaReaktion allein genügt nicht. Sie ist manchen Einflüssen unterworfen, die bei der Klärungsreaktion von Meinicke wegfallen. Auch die Praecipitinreaktionen sind oft sicherer als die Komplementreaktionen. Nur wenn alle drei vorgenommenen Reaktionen positiv ausfallen, ist die Diagnose einer bestehenden Syphilis sichergestellt. Über die Indikationen einer Liquorpunktion und über die genauen Untersuchungsmethoden des Liquors siehe bei § 4. Bei Graviden und chron. Infektionen ist durch den hohen Cholesteringehalt des Blutes schon normalerweise die eine oder andere Blutreaktion positiv. Ein mehrfaches Wiederholen aller Reaktionen wird jeden Irrtum beseitigen. Jede Gravide, sei sie luetisch oder nicht, ist nach der Blutreaktion von Chediak auf Lues zu untersuchen. Diese Reaktion ist sehr einfach und hat sich für Massenuntersuchungen ausgezeichnet bewährt (Fischer, Schwalm, Navratil, Morschhäuser). Sie kann oben erwähnte Untersuchungsmethoden nicht ersetzen, trägt aber viel dazu bei, unvermutete Luesfälle aufzudecken.

Ein Sonderfall ist die Lues latens. Wir unterscheiden eine Lues latens seropositiva und eine Lues latens seronegativa. Letztere ist nur aus der Anamnese zu erschließen: „Ergibt sich aus ihr, daß der Erkrankte unvollkommen behandelt worden ist, so ist stets eine L. latens anzunehmen."

Die Untersuchungsmethoden auf Gonorrhoe bedürfen einiger Änderungen.

Bei der Frau sind Ausstrichpräparate aus der Urethra, aus der Zervix und dem Rektum§ anzufertigen. Sie sind dreimal zu wiederholen, wobei Mensespräparate unerläßlich sind. Sind alle Präparate negativ und ist das klinische Bild nicht absolut einwandfrei, oder macht die Anamnese eine Go. wahrscheinlich, so ist ein Provokationsverfahren angezeigt, ebenso, wenn eine Frau als Infektionsquelle sicher feststeht.

Beim Manne sind mindestens drei Ausstrichpräparate in zweitägigen Intervallen aus der Urethra und Prostata notwendig.

Die Diagnose einer Vulvo vaginitis ist einfach, die Untersuchungsmethoden bedürfen keiner Änderung.

Die Diagnose des Ulcus molle ist nicht schwer. Der typische Sitz des Geschwürs, der Bazillennachweis und das rasche Angehen eines Impfgeschwürs sichern sie (Zumbusch). Jedes Ulcus molle ist auf Lues zu untersuchen wegen der häufigen Kombination.

Bei Verdacht auf Lymphogranulomatosis inguinalis ist die Frei-Reaktion anzustellen. Charakteristische klinische Bilder wie Rektumstrikturen mit Bubonenschwellung, oder Bubonenschwellungen bei Ausschluß von Ulcus molle, Lues, Streptokokken oder Staphilokokkeninfektionen, von Tbc. und Mykosis inguinale genügen zur Diagnose. Jede L.i. ist aus denselben Gründen wie Ulcus molle auf Lues zu untersuchen.

Die Behandlung.

Nach dem Gesetz steht dem Arzt die Behandlungsmethode frei. Eine homöopathische oder naturheilkundige Behandlung ist daher zulässig. Es kommt nach dem Gesetz auch nicht darauf an, ob die Behandlung geeignet ist, oder eine Heilung überhaupt bewirken kann. Dies führt zu den Gefahren der unvollkommenen Behandlung, die in einem gesonderten Kapitel besprochen werden.

Die Behandlung hat nach bestimmten Vorschriften zu erfolgen. Für den Nichtspezialisten wurden sie in § 2 vorgeschlagen. Der Spezialist hat sich nach den neuesten und wirklich wirksamen Grundsätzen der Therapie zu richten.

Die Behandlung jeder Geschlechtskrankheit hat bei Prostituierten stationär zu erfolgen. Eine prophylaktische Behandlung aller Prostituierten gegen Syphilis mittels Wismuth, wäre sehr zu überlegen (de Blasio, Lepinay).

Bei der Lues ist unsere wichtigste Pflicht, die intensive Frühbehandlung mit Salvarsan.

Salvarsan bewirkt eine rasche Beseitigung der Lues, dadurch einen Schutz der Gesellschaft. Der Patient kann völlig geheilt und heiratsfähig geschrieben werden, ohne Schädigung für seine Nachkommenschaft. (Siehe Entlassung.) Einige Beispiele mögen dies erläutern. In Budapest wurden 33 Luiker während der primären Periode mit drei gemischten Kuren behandelt. Nach 11 bis 24 Jahren waren von diesen 33 Patienten 28 verheiratet und hatten gesunde Kinder. Bei 17 anderen Patienten wurde die Behandlung im zweiten Stadium begonnen. Auch diese wurden 16 bis 24 Jahre hindurch beobachtet. 13 von ihnen waren klinisch, serologisch und im Liquor stets negativ.

a) Zum Beispiel hat eine energische Frühbehandlung eine bedeutende Senkung der cardio-vaskulären Erkrankungen zur Folge, die heute noch als die häufigsten visceralen Folgen der Lues anzusehen sind (Nickel, Cale, Wydin, Straton, Giertsen, Engel). Eine amerikanische Arbeit über Untersuchungen an 3641 Luikern, die einer intensiven Behandlung unterzogen worden waren, stellte fest, daß nur bei 1% dieser Luiker cardio-vasculäre Störungen auftraten. Dieses Beispiel zeigt uns, wie wertvoll die frühzeitige Erfassung der an Lues Erkrankten und wie wichtig eine intensive NS.-Behandlung ist.

b) Eine intensive Frühbehandlung ist auch die beste Prophylaxe gegen die Lues des Zentralnervensystems, wie umgekehrt eine fehlende oder mangelhafte Behandlung diese stark fördert (siehe unvollkommene Behandlung).

Drittens verhütet Salvarsan am sichersten das Auftreten einer congen. Lues (Hoffmann).

Seit Einführung der Salvarsan-Therapie hat die congenitale Lues eine bedeutende Abnahme erfahren. Salvarsan wirkt schnell und kräftig auf die Syphiliserreger. Eine rechtzeitige Behandlung einer Graviden läßt mazerierte Feten, Tod und Frühgeburten nur selten entstehen. Im fünften Graviditätsmonat wird der Widerstand der Plazenta von den Spirochaeten gebrochen und die Übertragung der Syphilis von Mutter auf Kind möglich. Wenn eine Gravide vom 5. Grav.-Monat an genügend stark mit Salvarsan behandelt worden ist, dann ist die Erzielung eines gesunden Kindes meist sicher.

Viertens wird durch Salvarsan eine Lues congenita fast restlos geheilt. Die frühzeitige Einsetzung der Behandlung ist hier besonders wichtig. Zwei Beispiele mögen dies zeigen: Aus einer Klinik in Chicago wird zum Beispiel von 65 Fällen eine L. congenita berichtet. Hiervon wurden 21 Kinder bereits in den ersten Lebensmonaten behandelt und 80,6% völlig geheilt. 22 zwischen dem erstä und sechsten Lebensjahr und 40,9% geheilt. Bei den restlichen

22 begann die Behandlung erst zwischen 6 und 12 Jahren mit einem Heilerfolg von nur 27,3%.

Eine andere Arbeit von Smith und Frank über 991 Fälle von L. congenita. 621 waren davon Säuglinge, 370 über 1 Jahr alt. Bei 84% wurde eine völlige Heilung erreicht, wenn der Beginn der Behandlung vor dem 6. Monat lag. Recidive waren vorwiegend bei unvollkommener oder zu spät eingesetzter Behandlung zu sehen.

Fünftens wird eine intensive Salvarsan-Therapie in vielen Fällen eine Behandlungsflucht verhindern (siehe § 9), zumal der sichtbare Erfolg das Vertrauen zur Therapie erweckt.

Treten Nebenerscheinungen während der Behandlung auf, so ist Arsen in Calcium-thiosulfat oder Traubenzucker gelöst zu versuchen. Es wird dann häufig gut vertragen.

Die Ansicht, daß durch die antisyphilitische Behandlung eine Neuro-Lues entstehen könne, ist durch die Forschungsreise der Deutsch-russischen Lues-Expedition zu den Borjato-Mongolen einzigartig widerlegt worden (Beringer). Dieser Mongolenstamm ist seit etwa 150 bis 180 Jahren von Lues befallen. Die erste Behandlung erfuhr er im Jahre 1920. Unter diesem Stamm fand man viele Fälle von Paralyse und Tabes, die bestimmt vorher nie behandelt worden waren. Man traf auch viele klinisch erscheinungsarme Formen an, die nur serologisch festgestellt werden konnten, wodurch auch die Behauptung widerlegt wurde, daß die milde Form der Lues erst nach einer intensiven Behandlung eines Volksstammes auftrete.

Die Gonorrhoe stellt für die Frauen eine sehr ernste Erkrankung dar, die in über 20% nach Zumbusch, in über 70% der Fälle nach Fürst zu lang dauernden und ernsten Komplikationen führt: „Bartholinitis, Vulvitis, Endometritis, salpingitis, Pelveoperitonitis, Einkindersterilität, Urethritis, Cystitis, Kondylome, Mastitis, Meningitis, Otitis media, Endokarditis, Panaritien, Arthritis, Vulvovaginitis der Kinder u. dgl." (Stöckel), sie alle sind Folgeerscheinungen der Gonorrhoe. Die Go. vererbt sich zwar nicht auf die Nachkommen, aber groß ist der Ausfall an Geburten in Deutschland, der jährlich etwa 200 000 beträgt (Adler, Fürst). Die Behandlung einer so schwierigen und mit soviel Komplikationen einhergehenden Erkrankung gehört daher selbstverständlich in die Hand eines gut ausgebildeten Arztes, wenn wir überhaupt einen Erfolg verzeichnen wollen.

Die Gonorrhoe der Frau fordert als eine Entzündungserscheinung absolute Ruhigstellung als Vorbedingung zu einer erfolgreichen Behandlung (Chemo-Therapie). Es ist häufig nicht ambulant durchzuführen, besonders bei gleichzeitiger schwerer körperlicher Arbeit. Gerade die ambulante Behandlung der frischen Go.

ist die häufige Ursache der chron. Go. mit all ihren Folgeerscheinungen. Die Frauen werden durch die lang dauernde, erfolglose Behandlung zur Behandlungsflucht verleitet und die Quelle dauernder Infektionen. Verbieten wir die ambulante Behandlung und ordnen wir für jede Go. eine Ruhigstellung der erkrankten Organe durch Bettruhe bis zur völligen Ausheilung an, so wird die Zahl der chron. Fälle stark abnehmen. Für die chronische Go. ist die Malariabehandlung sehr zu empfehlen.

Von der Go. des Mannes ist zu bemerken, daß ebenfalls alle komplizierten Fälle besser stationär behandelt werden.

Die Vulvo vaginitis der kleinen Mädchen galt bis vor einem Jahre als eine äußerst chronische und therapeutisch schwer beeinflußbare Erkrankung. Die Einführung der hormonalen Behandlung brachte eine Unterstützung der lokalen Behandlung. Durch Ovarialhormone werden in der kindlichen Vagina dieselben Verhältnisse geschaffen, wie in der der erwachsenen Frau, wodurch die Gonokokken meist schlagartig verschwinden. Die Go. der kleinen Mädchen ist nur auf die Vagina beschränkt, die Cervix uteri ist nicht betroffen. Man beginne etwa mit 10 000 E. Am zweiten Tage mit 4000 E. Nach spätestens 3—4 Tagen verschwinden die Gonokokken. Man bleibe etwa 8 Tage auf 4000 E. und gehe dann auf 3000 E. herunter. Nach Verschwinden der Gonokokken setze man die Kur zur Sicherheit 4 Wochen hindurch fort. Daneben hat die allgemein übliche Go.-Behandlung mit Spülmethoden, Protargol und Albargin stattzufinden.

Bei der Behandlung des Ulcus molle ist wiederholt auf Lues zu untersuchen (Gliner). Zu Beginn ist es schwierig, ein Ulcus mixtum festzustellen, da der Eitergehalt des Sekretes einen Spirochaetennachweis sehr erschwert. Daher sind nach etwa 4—5 Wochen die Blutreaktionen zu prüfen.

Die unvollkommene Behandlung.

Eine richtige und intensive Behandlung ist eine der wichtigsten Faktoren in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die unvollkommene Behandlung trägt eine große Schuld ihrer ungehemmten Verbreitung. Daher war es nötig, für alle vier Geschlechtskrankheiten bestimmte Grundregeln aufzustellen. Jeder Arzt, der dagegen verstößt, macht sich der unvollkommenen Behandlung schuldig, was eine strafrechtliche Ahndung nach sich ziehen soll. Um nicht hemmend auf die wissenschaftliche Forschung zu wirken, müssen Behandlungsvorschriften für Kliniken unter-

bleiben. Fahrlässige Behandlung ist in klinischen Betrieben nicht zu rwarten.

Die Behandlung der Lues hat festgesetzte Grundsätze, an die jeder Arzt gebunden ist. Es steht ihm frei, seine Therapie zu erweitern unter strenger Einhaltung dieser Grundsätze, z. B. Pflicht der As.-Bi.-Jod-Behandlung, der Spirocidkuren, der Liquoruntersuchung usw.

Ebenso sind für Go. die Grundzüge der Behandlung und Entlassung genau vorgeschrieben worden.

In den meisten Fällen ist es der Patient, der sich der Behandlung vorzeitig entzieht. Darauf wird noch zurückzukommen sein.

Mannigfach sind die Folgen.

Erstens erfährt die Meta-Lues durch eine mangelhafte Behandlung eine erhebliche Steigerung. Dies gilt sowohl für Neuro-Lues, wie auch für die cardio-vasculäre Erscheinung. Nikastro bestätigt durch Untersuchungen an 1877 Luiker, daß Meta- und Neuro-Lues überwiegend bei unzureichend Behandelten auftritt. Bei einer Nachuntersuchung von 680 Luiker in Chicago stellte man bei 265 Symptome einer Neuro-Syphilis fest. Dabei zeigte sich, daß der Prozentsatz der nicht Behandelten 52,6%, der unvollkommen Behandelten 43,4% betrug, während von den ausreichend Behandelten nur 16,9% an Neuro-Lues erkrankt waren. Bei diesen waren eine längere Beobachtung und Liquoruntersuchung versäumt worden.

Der cardio-vasculäre Typ ist die häufigste Erscheinung der visceralen Lues. Wir finden ihn vorwiegend bei mangelhaft Behandelten und zwar um so intensiver, je unvollkommener die Behandlung war. Oft ist er kombiniert mit einer Neuro-Lues. Etwa 40% aller Tabiker und 60% aller Paralytiker haben eine Aortitis. Während sie bei der Tabes leicht verläuft, kommen beim Paralytiker objektive Aorteninsuffizienzen und Aneurysmen vor, doch bilden sie selten die Todesursache, da der Patient vorher an seiner Paralyse stirbt.

Zweitens führt eine unvollkommene Behandlung zur Therapie- bezw. „Seroresistenz": Unzureichende oder zu spät oder in zu weiten Abständen behandelte Fälle verlaufen ungünstig. Die Spirochaeten haben Zeit, sich in den Organen festzusetzen und therapieresistente Krankheitsherde zu bilden.

Häufig findet man bei congenital luetischen Kindern Naevie, die zur malignen Degeneration neigen. Der Morbus Recklinghausen läßt sich oft auf eine Lues congen. zurückführen. Nach den neuesten Forschungen sollen zwischen Uterus-Ca. und Lues Beziehungen bestehen. Es ist verschiedentlich beobachtet worden, daß Frauen von Syphilitikern, deren Lues nicht entdeckt war, verhältnismäßig früh an Brust- und Uterus-Ca. erkrankten. Tourrain stellte fest, daß

die Lues, die der Ca.-Bildung vorausging, gar nicht oder nur ungenügend behandelt worden war.

Fünftens führt eine unvollkommene Behandlung bei einer Lues gravidarum zum vorzeitigen Absterben des Foetus, zum Abort und zu Todgeburten.

Bei der heutigen Abhängigkeit der Heiratserlaubnis von einem einwandfreien Gesundheitszeugnis ist eine unsachgemäß behandelte Geschlechtskrankheit oft der Anlaß tragischer Situationen: So kommt es vor, daß eine Lues bei einem Ehepartner festgestellt wird, obwohl er sich jeder gewünschten Behandlung vorher unterworfen hatte. Er war als geheilt entlassen worden und hatte in dem Glauben seiner völligen Gesundheit die Absicht zu heiraten. Nun wird ihm plötzlich die Heiratskonsens verweigert wegen unterdosierter oder verzettelter Behandlung und dadurch das Zustandekommen seiner Ehe stark gefährdet. Oft wird der andere Ehepartner sich sofort nach dieser Offenbarung abwenden. Andererseits wird die Eheschließung durch die notwendige erneute Behandlung fast um ein Jahr verzögert und dadurch eventuell auch zerstört. Außerdem ist zu befürchten, daß die betreffende Person durch die unvollkommene Behandlung therapieresistent geworden ist.

Wohin eine fehlerhafte Behandlung der Go. führt, habe ich früher bereits erwähnt (Behandlung der Go.).

Wird eine Lymphogranulomatosis inguinalis nicht intensiv behandelt, so werden Komplikationen umso häufiger. Besondere Aufmerksamkeit ist dem chronischen Vulvageschwür zu schenken, das eine Quelle dauernder Infektion bildet.

Was für die unvollkommene Behandlung gesagt ist, gilt in gesteigertem Maße für die fehlende.

Gar nicht festzustellen, aber zweifellos sehr erheblich ist der Ausfall, der durch eine unvollkommene Behandlung an sozialwirtschiftlicher Arbeitskraft erfolgt. Dazu kommt die finanzielle Belastung des Staates, die durch ein langes Krankenlager herbeigeführt wird. So bedeutet eine schlechte Therapie auch eine wirtschaftliche Schädigung des Volksganzen.

Entlassung.

Die Entlassung aus Behandlung und Kontrolle darf erst bei völliger Heilung betätigt werden. Von der Feststellung der Heilung hängt vieles ab. Denn durch sie wird der früher Erkrankte heiratsfähig erklärt und ihm mit wenigen Ausnahmefällen die Ausübung jedes Berufes erlaubt. Ist die Behandlung beendet, d. h. waren im Verlauf von zwei kombinierten Kuren alle Reaktionen im Blut negativ, so darf man den Patienten noch nicht für geheilt erklären.

Er ist längere Zeit zu überwachen, um nicht das Auftreten von Recidiven oder einer Neuro-Lues zu übersehen. Recidive treten nach Abortivkuren selten und fast nur im ersten halben Jahr, bei einer L II gewöhnlich in den ersten drei Jahren nach der Behandlung auf. Bei der L I ist der Patient im ersten halben Jahr einmal und in den folgenden zwei Jahren einmal zu untersuchen. Bei der L II hat die Überwachungszeit drei Jahre zu betragen. Bleibt der Patient während dieser ganzen Zeit frei von Symptomen und serologisch negativ, so kann er für geheilt erklärt werden. Die Bestimmungen zur rechtzeitigen Erfassung einer Neuro-Lues wurden früher erwähnt (siehe Liquorpunkt. Indik. § 4).

Nach metaluischen Erkrankungen sind die Patienten mindestens 4 Jahre lang zu beobachten. Ausgenommen sind Erkrankungen des Centralnervensystems, für die besondere Vorschriften gelten (siehe § 4).

Die lange und richtig durchgeführte Beobachtung ist von großer Wichtigkeit und wird eine rechtzeitige Erfassung und wirksame Bekämpfung der Recidive und der Neuro-Lues sichern.

Bei einer Neuro-Lues ist der Patient zu entlassen, sobald die festgesetzte Therapie beendet ist, gleichgültig ob der Liquor positive oder negative Reaktion zeigt. Eine zweite Malariabehandlung ist meist nicht durchführbar. Bei der Entlassung ist das klinische Bild zu berücksichtigen, eventuell die Überweisung in eine Fürsorgeanstalt zu veranlassen. Die der Befund jedoch einwandfrei, so kann der Patient trotz positiver Liquor-Reaktion nach der entsprechenden Kontrollzeit heiratsfähig geschrieben werden. Der Arzt hat dies nach seinen Erfahrungen zu beurteilen. Die Ausübung eines verantwortlichen Berufes ist ihm verboten. Bei negativem Liquorbefund und einwandfreiem klinischen Bild kann dem Patienten die Ausübung jeder Tätigkeit erlaubt werden. Betreffs der Beobachtungszeit gelten die früher besprochenen Bestimmungen (§ 4).

Bei der Go. eines Mannes haben wir eine Provokation durchzuführen, bevor wir ihn entlassen. Diese hat biologisch durch eine Vaccineinjektion, lokal durch Massage über Bougies und evtl. chemisch durch Injektion von Lugol'scher Lösung zu geschehen. Dadurch werden die Gonokokken aus ihren Schlupfwinkeln herausgetrieben. Ist der Ausfall der Provokation 14 Tage lang negativ, so darf der Patient für klinisch geheilt erklärt werden.

Bei der Go, der Frau sind mindestens drei Provokationen mit 8—10tägiger Beobachtungsdauer anzustellen. Es ist von ausschlaggebender Bedeutung, auch während der Menses Ausstrichpräparate herzustellen. Die Menses stellen eine natürliche Provo-

kation dar. Sie treiben die schwer zu erreichenden und tief sitzenden Gonokokken aus dem Cervixkanal heraus. Waren drei auf diese Weise durchgeführte Provokationen negativ, so haben die Patientinnen noch 6—8 Wochen in ärztlicher Beobachtung zu stehen. Erst nach Ablauf dieser Zeit kann die Diagnose der klinischen Heilung gestellt und die Patientin entlassen werden. Dabei ist auch Wert auf das klinische Bild zu richten. Ist dies nicht absolut einwandfrei, so ist weiter zu kontrollieren. Ein großer Teil der chronisch recidivierenden Go., überhaupt viele Recidive sind durch eine vorzeitige Entlassung verursacht. Gewissenhafte Provokationen und strenge Beobachtung der weiblichen Patienten unter Berücksichtigung des klinischen Bildes werden zur Bekämpfung dieser Erkrankungen vieles beitragen.

Bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen ist die Provokation 8 Wochen nach Ausbleiben der Gonokokken durchzuführen. Auch hier ist eine 6—8wöchentliche Kontrolle nach der Entlassung nötig.

Die Entlassung bei Ulcus molle und L.i. hat nach Schwund der klinischen Symptome zu erfolgen. Bei L.i. der Frauen ist stets nach einem chronischen Vulvageschwulst zu sehen. Bei L.i. und Ulcus molle sind vor der Entlassung sämtliche Blutreaktionen auf Lues anzustellen.

§ 8.

Nach § 8 ist der Arzt berechtigt, von einer Belehrung des Kranken über seine Erkrankung abzusehen, z. B., wenn eine solche eine Selbstmordgefahr mit sich bringen könnte.

Dazu ist zu sagen, daß in jedem Falle eines ansteckungsfähigen Stadiums eine Aufklärung des Patienten unerläßlich ist und Unterlassungen strafrechtliche Ahndung nach sich ziehen sollte. Selbst bei Selbstmordgefahr des Patienten ist dies nötig. Erstens kann der Arzt gar nicht ohne weiteres entscheiden, ob eine Selbstmordabsicht vorliegt oder nicht, und wenn diese besteht, dann ist sie meistens durch den Glauben an eine Unheilbarkeit der Erkrankung hervorgerufen. Eine Bekehrung in dieser Hinsicht ist das zweckmäßigste und wird viel erreichen. Viel größer ist die Gefahr, den Patienten ohne Aufklärung und dadurch die Ursache von mehreren Infektionen, unter Umständen seiner Frau und damit schadhafter Nachkommenschaft werden zu lassen. Die Aufklärung braucht nicht zu erfolgen, wenn stationäre Behandlung gesichert ist, oder mangelndes Verständnis für die Erkrankung infolge kindlichen Alters, oder geistiger Schwäche besteht. Solche Patienten haben stets unter dauernder Aufsicht zu stehen.

§ 9.

Nach § 9 besteht Anzeigepflicht, wenn ein Patient sich der Behandlung entzieht.

Damit kommen wir zu dem wichtigen Kapitel der Behandlungspflicht. Die Folgen einer vorzeitigen Abbrechung der Behandlung sind gleich denen einer unvollkommenen und es gilt für sie all das, was in dem Abschnitt über unvollkommene Behandlung gesagt wurde. § 7.

Welche Ursachen sind es, die zur Behandlungsflucht verleiten?

Zunächst ist es ein großer Prozentsatz der selbst zahlenden Patienten. Sie brechen die Behandlung ab, wenn sie glauben, die Hauptgefahr sei vorüber. Hier ist es die Aufgabe des Arztes, auf den Patienten einzuwirken. Klärt er den Patienten über die schweren Folgen einer ungenügenden Behandlung für ihn selbst, über seine strafrechtlichen Pflichten, andererseits über die Aussicht auf völlige Heilung auf, so wird dies sicher von Erfolg sein.

Vor allem ist die Frage der Kassenleistungen einmal zu lösen. Viele Kassen lehnen die Zahlungspflicht für eine akute Go. ab. Für eine chronische Go. setzen sie eine Behandlungsdauer fest. Dieses sind unhaltbare Zustände. Sie bedürfen dringend einer Abänderung, zumal wir schon für die akute Go. eine stationäre Behandlung befürworten müssen. Es würde zu weit führen, auf diese sozialen Probleme näher einzugehen.

Die Behandlung der Vertreter bedarf gleichfalls einer genauen Regelung. Sie ist durch den dauernden Ortswechsel, den dieser Beruf mit sich bringt, sehr erschwert. Vertretern gegenüber ist in jeder Hinsicht Behandlungserleichterung zu gewähren, aber auch schärfste Kontrolle nötig. Auf einer besonders für sie ausgestellte Karte ist die jeweilige Behandlung zu vermerken und dient zur Orientierung für den nächsten Arzt. Die Karte ist für eine Kur bestimmt und ist dem Vertrauensarzt nach Vollendung jeder Kur einzuschicken. Eine Behandlung mit Spirocidtabletten, wie sie manchmal für Vertreter vorgeschlagen wird, ist auf keinen Fall zulässig. Der zuletzt behandelnde Arzt hat die Pflicht zur Sicherung der Weiterführung der Behandlung, dem Vertreter Ärzte in der nächsten Stadt oder Ortschaft zu nennen.

Die Behandlung einer Geschlechtskrankheit stellt an jeden zahlenden Patienten eine ziemlich hohe finanzielle Anforderung. Infolgedessen wäre eine finanzielle Unterstützung zu überlegen.

Zweitens ist die unvollkommene Behandlung oft der Anlaß zur Behandlungsflucht. Sie macht den Patienten mißmutig, zugleich

mißtrauisch, wenn er nach langer Krankheit keine Besserung sieht. Sie hilft die in Laienkreisen so verbreitete Ansicht der Unheilbarkeit manifestieren. „Jeder Tripper ist heilbar, nur der erste nicht." Die Festsetzung der Untersuchungsmethoden, der Behandlungsart und ihre Dauer werden Abhilfe schaffen.

Der Behandlungsentzug geschieht auch drittens aus Unbedenklichkeit gegen die Erkrankung und aus Unwissenheit über ihre Folgen und Gefahren. Daher ist es gut, jeden Patienten genau dahin aufzuklären. Die Angst für sich selbst, wird ihn eher an die Behandlung binden als alles andere.

Viertens spielt bei einer großen Anzahl die Angst vor Verlust der Arbeit die Hauptrolle. Der Staat hat daher jeden Geschlechtskranken vor einem Arbeitsverlust zu schützen.

Die Hauptrolle beim Behandlungsentzug spielen die asozialen Geschlechtskranken. Ihre Zahl ist ungeheuer groß, wie aus der Aufstellung von Kurt Pohlen ersichtlich ist: Von 71 400 als dringend verdächtig gemeldeten Personen hatten sich 26 000 der Behandlung entzogen. Daraus ergibt sich, daß 21%, also jeder Fünfte seine Behandlung vorzeitig abbricht, und zwar bei den Männern jeder achte, bei den Frauen zwei von fünf.

Ein derartiger Mangel an Verantwortlichkeit der Volksgemeinschaft gegenüber bedarf dringend der Abhilfe. Gerade diese Patienten sind die Hauptursache der ungehemmten Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten. 3—4, sogar 20 Infektionen innerhalb kurzer Zeit sind bei ihnen an der Tagesordnung. So vergehen sie sich in schwerster Weise gegen die Volksgesundheit und bilden die größte Gefahr für ihre Mitmenschen. Sie unterhalten Beziehungen zu Kupplern, Zuhältern, Psychopathen, sind arbeitsscheu, Säufer und Verbrechernaturen und tragen auch auf diese Weise weiter zur Verseuchung der Volksgemeinschaft bei. Es ist ganz zwecklos, wie das Gesetz vorschlägt, daß das Gesundheitsamt erst mit gütigen Worten versucht, den Kranken wieder der Behandlung zuzuführen. Die Einstellung dieser Patienten allen behördlichen Einrichtungen und Verfügungen, überhaupt allen gesellschaftlichen Gesetzen gegenüber, ist eine derart oppositionelle, daß wir durch Güte gar nichts, durch Geldstrafen nicht viel mehr erreichen. Nur Strafe des Freiheitsverlustes wird Erfolg haben. Thüringen ist in dem Kampf gegen diese asozialen Elemente mit großem Beispiel vorangegangen: „Eine Verordnung zum Schutz für Volk und Staat gibt dort das Recht zur Asylierung, eine andere das Recht zur Vorbeugungshaft und Dauerverwahrung auf ärztlichen Antrag durch die Landeskriminalpolizei." Jede Behandlungsflucht muß Inhaftierung zur

Folge haben. Hat sich der Erkrankte dabei asozial vergangen (durch eine verursachte Infektion), so ist Asylierung bis zur Heilung erforderlich. Eine wiederholte Behandlungsflucht macht gleichfalls Asylierung notwendig. In allen Krankenhäusern für Geschlechtskranke sind Unterhaltungs- und Arbeitsräume einzurichten. Wir müssen diesen Patienten, die wir weniger ihrer selbst wegen, als zum Schutze unseres Volkes, von der Gesellschaft abtrennen, ihre Behandlungszeit erleichtern und ihrem Leben möglichst einen Inhalt und eine Arbeit geben.

Bei dem Entzug jeder Behandlung überhaupt sind die Ursachen zum großen Teil dieselben wie bei der Unterbrechung der Behandlung. Wieder sind es in erster Linie die asozialen Elemente, dann Unwissenheit über die Folgen und Gefahren der Erkrankung, Angst vor Arbeitsverlust, finanzielle Sorgen. Ein bestimmter Prozentsatz weiß überhaupt nicht, daß seine Erkrankung eine Geschlechtskrankheit ist. Diesem wird durch die vorgeschlagene Änderung der Behandlungspflicht entgegengewirkt. Auf dem Lande ist es meist die Gleichgültigkeit und Bequemlichkeit und zum großen Teil der Glaube an Naturheilmittel, was wir auch bei der Verschleppung des Krebses tagtäglich bestätigt finden. Hier hat die Aufklärung der Landbevölkerung einzusetzen.

Eine große Aufgabe ist der Aufklärung auch durch die zunehmende Militärisierung erwachsen. Sie muß hier offen und intensiv einwirken, um auch das oft verkehrte Schamgefühl zu beseitigen.

Der Glaube an die Unheilbarkeit einer Geschlechtskrankheit ist in Laienkreisen sehr verbreitet. Er verhindert oft Erkrankte zum Arzt zu gehen, da sie der Ansicht sind, daß eine Behandlung zwecklos sei. Auch verleitet dieser Glaube oft nach langer erfolgloser Behandlung zur Behandlungsflucht. Hier haben wir sowohl dem Volke als auch jedem einzelnen Patienten gegenüber die Pflicht, diesen groben Irrtum zu bekämpfen und das Vertrauen zur Therapie zu erwecken.

§ 14.

Nach § 14 ist das Stillen eines fremden Kindes durch eine weibliche Person, die an einer Geschlechtskrankheit leidet, strafbar, nicht aber dessen sonstige Pflege, wenngleich auch hierbei eine Gefährdung des Kindes bei akuten und ansteckungsfähigen Stadien der Geschlechtskrankhiten vorhanden ist. In diesen Fällen muß daher auch die Pflege des Säuglings verboten werden.

Das Gesetz läßt das Stillen des Säuglings zu bei ausgeheilten Geschlechtskrankheiten der Stillenden. Die Verantwortung des Stillgeschäftes ist so groß, daß es jeder Stillenden entzogen werden muß, die einmal eine syphilitische Infektion durchgemacht hat. Das Angebot an gesunden Ammen ist groß genug, um leicht in jedem Falle die Beschaffung einer solchen zu ermöglichen. Etwas schwieriger sind die Verhältnisse auf dem Lande. Die vorübergehende Ernährung eines Säuglings mit Flaschenmilch bis zur Herbeischaffung einer gesunden Amme wird keinen Schaden bringen. Sie wird auf jeden Fall der Milch einer zweifelhaft gesunden Person vorzuziehen sein.

Nach § 24 ist das Stillen eines syphilitischen Kindes durch eine syphilitische Person erlaubt.

Das Stillen eines syphilitischen Kindes muß in jedem Falle verboten werden, auch wenn die Stillende selbst syphilitisch ist. Es ist bekannt, daß die Ausübung des Beischlafes einer syphilitischen Person mit einer anderen, die selbst an Syphilis leidet, zur Verschlimmerung der Krankheit sowie zur Erschwerung der Heilung führen kann. Die Rechtsprechung erklärt daher diese Handlung für strafbar. Bei der Ausübung des Stillgeschäftes hat das Gesetz derartige Bedenken nicht. Es begründet es damit, daß für die stillenden Personen ein Schaden nicht zu befürchten sei. Dies ist ein Irrtum. Der zweite Einwand, die Ernährung mit Frauenmilch sei dem Kind von größtem Nutzen, ist richtig.

Das Zeugnis einer Amme hat von einem Spezialisten ausgestellt zu werden. Auf diese Weise können wir dem Säugling Sicherheit für seine Gesundheit gewährleisten. Jede Amme ist verpflichtet, das Ergebnis ihrer letzten Untersuchung, sowie den zuletzt behandelnden Arzt bei der Neuuntersuchung anzugeben, schon allein, um der Gefahr einer latenten Lues zu entgehen, dann überhaupt, um mit Sicherheit eine frühere Infektion auszuschließen, die ihr das Stillgeschäft verbieten würde.

Ich habe mich bemüht, aus den medizinischen Teilen des Gesetzes alle Punkte herauszufinden, die die Ursache unserer erfolglosen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sein könnten. Ich vertrete zum großen Teil oft geäußerte Ansichten vieler Autoren, die leider bis jetzt so wenig Gehör gefunden haben. Es wäre wünschenswert, wenn sie einmal eine gesetzliche Regelung erfahren würden.

LITERATUR

Zur Einleitung.

Adler Waldemar: Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit Einleitung und Erläuterung.

Augustin Gisela: Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten. (Zentr. Bl. für Haut- u. Geschl.-Krankheiten Bd. 52 S. 396).

Spiethoff, B.: Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten. (Zentr. Bl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. Bd. 52 S. 480).

Zu § 1.

Monde Médical Ztschr. 3556. 26. 9. 36 Die Lymphogranulomatosis inguinalis.

Bory Louis: Maladie de Nicolas-Favre (Ztschr. Mon. de Médical 3236. 3. 4. 36).

Zumbusch: Lehrb. d. Haut- u. Geschl.-Krankh. (J. F. Lehmann, München 1935 S. 240/41).

Stöckel: Lehrbuch der Gynäkologie (S. Hirzel, Leipzig 1935), S. 122, 124.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Bd. 52

Midana Alberto: Die Aetioparthogenesen des polymorphen Erythems bei L. i. S. 475.

Arenas. Normando u. Rodolfo Somartino: Jessild'sches genito-anorektales Symptomen-Komplex S. 476.

Halty Maxime: L. i. insbes. in Uruguay S. 603.

Sézacy A.: Der lymphogranulom. Schanker. S. 605.

Sézary A., P. Bardin und L. Chwatt: prolif. lymphogran. Anitis. S. 606.

Bd. 53

Nicolan: Subacute Form der L. i. S. 56.

Aravantinos, Anast: Über primäre acute Ano-Rectitis lymphogranulom. benigna. S. 57.

Kiefer: Eleph. genito anorektalis durch L. i. S. 557.

Dick Walter: Zur Pathogenese der Eleph. genito-ano-rektalis. S. 58.

Marino A. W. Martin: Das anorekt. Stadium der L. i. S. 58.

Nicolan: L. i. subacuta. S. 142.

Anavantinos, Anast.: Über eine neue klin. Form der Nikolas-Favre'schen Krankheit. S. 142.

Boerma M. J. A. F.: Über das genito-rektale Syndrom. S. 696.

O den. Olaf: Fall von Mastdarm und Sigmoidverengerung mit posit. intracut. und intraven. Reaktion auf L. i. S. 696.

Gray S. H., George H., Wheder Paul and J. Owen Black: Auftreten der L. i. in St. Louis. S. 697.

Bd. 54

Kornblith. Barris Alexander: Beobachtungen über L. i. Klin. Pathol. Studien an 60 Fällen mit Bemerkungen über die Histopathologie des Frei-Testes. S. 555.

Freund E.: Über einen Fall von Eleph. genitalis infolge von L. i. S. 556.

Franchi Filippo: Abnorme Local. der Poradenitis inguinalis S. 370.
S. 371: Verschiedenes über L. i.
Bancin A., Maisler A. u. Traian Katz-Galati: Die Nikola-Favre'sche Krankheit und die Urethro cervicotrigonitis proliferans. S. 372.
S. 372: Interessantes über L. i.
S. 373: Über Rektumstrikturen.
Perkel B. Serper u. R. Roitmann: Vergleichende Ergebnisse bei der Beh. der 4. venärischen Krankheit mit Milch und Glycerininjektionen in d. befallenen Drüsen. S. 373.
Faviley N. Hamilton: L. i. S. 555.

§ 2.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Bd. 52
Rossiornsky: Aktuelle Probleme der Syphilis-Therapie. S. 544.
Brill E. H., G. Hopf, M. Maerz, Jos. Earle Moore, H. M. Schreuser, Jahn H. Stokes: Das kontinuierliche Kurensystem bei der Syphilis. S. 696.

§ 4.

Zum ersten Abschnitt.
Jadassohn: Infektionsquellen S. 40. Prostitution S. 43. Verbrechen und Prostitution S. 54. (Handbuch der Haut- und Geschl.-Krankh. XXII).
Ziehler: Die Prostitution und ihre Bedeutung für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. (Die Haut- u. Geschl.-Krankh. Bd. 5 S. 547).
Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Pohlen Kurt: Die Gesundheitsprüfungen der Prost. in Japan. Bd. 52 S. 704.
Schuppe: Der gegenwärtige Stand der Prostitutionsfrage. Bd. 53. S. 357.
Tourraine A., et Solente: Ein Syphilisherd in einem Bordell. Bd. 53.
Schuber Gustav: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution. Bd. 52 S. 396.
Gougerot et Burnier: Statistik der 1935 in der Univ.-Klinik behandelten Geschlechtskranken. Bd. 53 S. 579.
Spiethoff B.: Zur Statistik der Geschlechtskrankh. Bd. 52 S. 480.
Gottschalk H.: Unfruchtbarkeit durch Geschl.-Krankh. Bd. 53 S. 426.
Sugishita G.: Über die syphil. Serumreaktion und die Beziehung zwischen Lues und Verbrechen. Bd. 54 S. 711.
Doukan Gilbert: Prorigo Strophulus und Lues congenita. Bd. 54 S. 536.
Fürst: Arbeit zur Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter Leitung von Oberarzt Dr. Vonkennel.
Über Geburtenausfall S. 2, 13, 14, 15, 33.

Zur Behandlung mit As, Hg und Bi.
Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Harrison L. B.: Die Bestimmung des Heilwertes der Salvarsanpräparate und die Bedeutung einer solchen Prüfung. Bd. 52, S. 684.
Becker S., William, and M. G. Obermayer: Klin. Beob. über die Behandlung d. Syphliis mit Bi-Salicylat und mit Thio-Arsen. Bd. 53 S. 139.
Rothermundt M.: Über die Bedeutung der biol. Prüfung des Salvarsan. Bd. 54 S. 536.

Black. William C.: Tödl. hämorrhag. Encephal. nach Beh. mit Sulpharsenamin. Bd. 54 S. 457.

Appel. Bernhard u. J. R. Jankelson: Die Beh. der Leberentzündung nach Arsen mit Na-dehydrocholat Bd. 52 S. 538.

Genner V.: Nebenerscheinungen der Salv. Therapie und ihre Vorbeugung unter spez. Berücksichtigung der Leberfunkt. Bd. 54 S. 458.

Robber G.: Beobacht. über die energ. Behandlung mit Arsenbenzolen in Verbindung mit Aminosäuren und Na-dehydrocholat Bd. 54 S. 455.

Bernhardt Robert: Indikationen und Kontraindikationen der Salv. Beh. der Syphilis. Bd. 53 S. 147.

Rock Hans: Diät und Intensivierung bei Salvarsankuren. Bd. 54 S. 456.

Weinstein A. u. N. Smelow: Zur Klinik, Pathogenese und Therapie des frühen Salvarsanexanthems, des Milianschen Erythems dse 9. Tages. Bd. 54 S. 457.

Genner V.: Paratherapeutische Gelenkerkrankungen bei Beh. der Syphilis mit Salvarsan und Wismuth. Bd. 53 S. 140.

Balina, Pedro L.: Organisation des Kampfes gegen die Geschl.-Krankh. Bd. 54 S. 143.

Zur Suboccipital- und Lumbalpunktion.

Pinard Marcel et Derier A. Edanard: Lumbalpunktion oder Suboccipitalpunktion? (Ztschr. Monde Médical").

Castel Mariano R. et Ontaneda Louis E.: Die Cisternenpunktion.

Sergent E., Mignot R. Turpink: Die Cisternenpunktion (La Pratique Medicale Illustrée).

Jadassohn: Handbuch d. Haut- und Geschl.-Krankh.

Syphilis des Nervensystems XVII.

Infektionsalter und Inkubationszeiten S. 96.

Klinisch larvierte, dagegen im Liquor manifeste Formen. S. 181.

Progressive Paralyse: Körperliche Symptome, Sprache und Schrift. S. 314.

Primäre Syphilis mit noch negativer WaR S. 530.

Primäre Syphilis mit positiven Serum WaR S. 531.

Frage der Haftung der Eisenbahn für die Folgen eines Eisenbahnunfalles durch progressive Paralyse verursacht (XXIII 1931 S. 71).

Bumke O. u. Foerster O.: Handbuch der Neurologie. Bd. 8. Allgemeine Neurologie VIII. Allgem. Therapie.

Müller Friedr.: Liquorpunktion (Taschenb. d. mediz. Diagn. 1935).

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Bock Stutzky: Eugènie et Lidie Czerny: Die Neurosyphilis bei Kindern mit angeb. Syphilis. Bd. 52 S. 472.

Giambelotti E.: Die Untersuchung des Liquors bei den syphilit. Erkrankungen. Bd. 52 S. 541.

Negro Fedele: Der Liquor cerebrospinalis in biol. und therap. Hinsicht. Bd. 52 S. 687.

Meninger, William C.: Studium über juvenile Paralyse. Bd. 52 S. 694—695.

Zieler Karl: Die Kreterien für d. Heilung der Syphilis. Bd. 54 S. 454.

Bertin: Die nicht in Erscheinung tretende Ehesyphilis. Bd. 54 S. 693.

Marchionini Alfred: Klin. und exp. Untersuchungen zur Fermentbiologie des Neo-Salvarsans. Bd. 53 S. 260.

Hossak J. C. and S. C. Peterson: Neo-Salvarsan. Bd. 54 S. 543.
Massazza Adolpho: Die Luiker in der psych. Anstalt von Quarto in den Jahren 1930—32. Bd. 54 S. 710.
Bertalucci, Italo: Über die Häufigkeit der Lues unter den Kranken d. psych. Anstalt von Gogoleto. Bd. 54 S. 710.

Zur Behandlung mit Malaria.

Bumke O. u. Foerster O.: Handbuch der Neurologie Bd. 8. Allg. Therapie.
Jadassohn: Heilerfolge der Malariaimpfung. (Handbuch f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1931 XXIII S. 70).
Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten:
Bertalucci Italo: Bericht über weitere zwei Arbeitsjahre in der Abteilung für die Beh. der Neurolues in der Anstalt von Gogoleto. Bd. 54 S. 546.
Weigandt W.: Über die oFrmen der Neurolues. Bd. 54 S. 543.
Klemperer Edith: Die Blutchloride in der Malaria-Kur. Bd. 54 S. 545.
Hasagawa M. Y.; Kobaski und G. Watanabe: Über das fernere Heilungsresultat der Malariakur bei der Go. Bd. 53 S. 352.
Hench Philip S.: Der gegenwärtige Stand der Fieberbehandlung der gon. Arthritis, chron. infekt. Arthritiden und and. Rheum. Formen. Bd. 53 S. 356.

Zur Cystoskopie, Katheterismus und Dehnung der Harnröhre.

Kämil Fuat: Blasenlues Bd. 52 S. 690.

§ 7.

Zur Frage der Untersuchung.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Wendeborn Herbert: Über die Bedeutung der Menstruationspräparate für die Sicherung der Diagnose bei Go. Verdacht. Bd. 52 S. 478.
Karask Karl: Über die Diagnose der chron. Go. bei der Frau. Bd. 53. S. 284.
Bronstein W. u. S. Tschugujewa: Die Meinik'sche Klärungs-Reaktion. Bd. 54 S. 539.
Boas: Untersuchungen über die neue Meinike-Klär. Reakt. für Syphilis in der Spinalflüssigkeit. Bd. 52 S. 482.
Fischer Jsi: Allgemeine Beobachtungen über die Syphilis und Seruntersuchung. Bd. 54 S. 200.
Schwalm H.: Eine Luesreaktion im Capillarblut geeignet für Sprechstunde und Schwangerenberatung. Bd. 53 S. 343.
Morschhäuser J. B.: Prakt. Erfahr. auf dem Gebiete der Erforschung und Unschädlichmachung von Infektionsquellen in der Fürsorge für Geschl.-Kranke in Köln. Bd. 53 S. 285.
Navratil Ernst: Erfahrungen über die Blutreaktionen auf Lues nach Chediak in der Geburtshilfe. Bd. 53 S. 129.

Zur Frage der Behandlung.

Stoeckel: Lehrbuch der Gynäkologie. 1935.
Häufigkeit der Lues latens bei der Frau. S. 152.
Gonorrhoe der Frau. S. 561—604.
Zumbusch: Die Haut- und Geschl.-Krankh. (Lehmann München 1935).
Adler Waldemar: Geburtenausball d. Go. (Ges. z. Bek. d. Haut- u. Geschl.-Krankh. S. 215).
Fürst: Geburtenausfall S. 2, 13, 14, 15.
Komplikationen der Go. S. 10, 13.

Salvarsanerfolge S. 18, 19, 31.
(Arbeit zu unserer Arbeitsgemeinschaft).

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

De Blasio. Renato: Über die Verhütung der Syphilis mittels Bi. Bd. 53 S. 582.

Lépinay: Versuch, Syphilis durch vorbeug. Bi-Behandlung bei den Prost. eines bestimmten Bezirkes zu unterdrücken. Bd. 54 S. 712.

Spiellmann L.: Referat auf d. franz. Kongreß für Verhütung der Syphilis. Bd. 54 S. 712.

Hübschmann Karel: Einige Bemerkungen zur heutigen Behandlung der Syphilis mit Wismuth.

Szentkisalyi Siegmund von: Über die sozialhygien. Bedeutung des Salvarsans. Bd. 52 S. 612.

Nicastro A.: Statist. Daten aus d. Ambul. der Kgl. Klinik für Haut- und Geschl.-Krankh. Palermo die Spätlues betreffend, mit bes. Berücksichtigung der metaluischen Erkrankung. Bd. 52 S. 692.

Cale. Harold. N., Lida J., Usilton. Josef Earle Moore., Paul A.' O' Leary, John H. tSokes, Udo. J. Wile, Thomas Parran jr. and John Me Mullen: Gemeinsame klinische Studien über Syphilistherapie und ihren Einfluß auf d. Prophyl. und Entwicklung kardiovask. Lues. Bd. 53 S. 130.

Wydin A.: Über kombinierte Formen von Endokarditis mit viskeraler Syphilis. Bd. 53 S. 131.

Stratton. Ernest. K.: Die Beh. der syph. Herz- und Gefäßerkrankg. Studien über d. Lebensdauer von 80 behandelten und unbehandelten Kranken mit Aortenaneurysmen und Insuff. der Aortenklappen. Bd. 53 S. 131.

Lacarovits Ludwig: Das klin. Bild der Aortitis bei d. spätluet. Erkr. des Zentralnervensystems. Bd. 53 S. 135.

Nickel Helmuth: Statistische Untersuchungen über d. Häufigkeit der Lues am Obd. Material. Bd. 53 S. 274.

Giertsen Chr.: Syphilis mit bes. Berücksichtigung der Aortitis Syphil. Bd. 53 S. 643.

Wydrin A.: Die cardiovaskuläre Syphilis Bd. 53 S. 344.

Engel Karl: Über Morbidität und Mortalität der Aortensyphilis. Bd. 54 S. 697.

Kemp. arold E. and William C. Menninger: Der Einfluß von unzureichender Behandlung der Frühsyphilis auf Entwicklung und Inkubationszeit einer Neurosyphilis. Bd. 54 S. 205.

Parameter A. H. and L. J. Halpern: Diagnose der congen. Lues. Bd. 52 S. 471.

Hoffmann Erich: Über die Bedeutung des Ehrlich'schen Heilmittels für den Rückgang der angeb. Syphilis. Bd. 52 S. 472.

Smith jr., Frank R.: Angeb. Syphilis. Die Resultate der Behandlung bei Kindern. Bd. 52 S. 473.

Hoffmann Erich: Wichtige Fortschritte auf dem Gebiete der angeb. Syphilis. Bd. 52 S. 694.

Praisman Alfred S.: Weitere Beobachtungen mit Spirocid bei d. Beh. der cong. Syphilis. Bd. 53 S. 138.

Hoffmann Erich: Die angeb. Syphilis im Lichte 30jähr. Spiroch. und 25jähr. Salv.-Forschung. Bd. 54 S. 50.

Castiglioni, Giovanni: Krebs und Syphilis. Bd. 52 S. 538.

Milian G.: Syphilis und Krebs. Bd. 53 S. 274.

Jgevsky Constantin: Biotropismus und Resistenz bei der Syphilis. Bd. 53 S. 204.

Beermann Hermann: Das Problem der behandlungsresistenten Syphilis mit bes. Berücksichtigung der Salvarsanresistenz. Bd. 54 S. 201.

Parran jr. Thomas: Das Syphilisproblem im Staate New-York. Bd. 53 S. 63.

Tourraine A., et J. Roitenstern: Die Nachkommenschaft syph. ambulanter Frauen. Bd. 53 S. 579.

Beringer K.: Die syphilidogenen Erkrankungen des Zentr. Nervensystems bei den Burjatomongolen (Bericht über die deutsch-russ. Syphilisexpedition). Bd. 52 S. 468.

Ravalico M.: Über die Oestrintherap. der Vulvovaginitis gon. im Kindesalter. Bd. 52 S. 479.

Menna F.: Das Follikelhormon zur Beh. d. Vulvovaginitis gon. d. kleinen Mädchen. Bd. 54 S. 380.

Watassahe, Shigeya u. Torn Hirano: Statist. v. Beob. von ulcus molle und ulc. mixt. während d. letzt. 15 Jahre in der derm.-urologischen Abteilung der keio-Gijuku-Univ. Bd. 52 S. 602.

Vonkennel Josef: Die Goldbehandlung der Lues. Bd. 54 S. 554.

Zur Frage der Entlassung.

Zumbusch: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten (J. F. Lehmann, München 1935).

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Carrera, José-Louis: Merkmal für die Heilung der Syphilis. Bd. 53 S. 275.

Pommasi Lodovico: Die Heilungsdiagnose bei Syphilis. Bd. 53 S. 204.

De Favento Piero: Bemerkungen über einige Heilungsbegriffe bei Syphilis. Bd. 53, S. 51.

Müller Franz: Ehekonsens bei Syphilitikern. Bd. 54 S. 711.

Bendeborn Herbert: Über die Bedeut. d. Menstr. Präp. für die Sicherung der Diagn. bei Go.verdacht. Bd. 52 S. 478.

Gliner G.: Die Häufigkeit des Auftretens der Spiroch. pallida, sowie der Zeitpunkt des Positivwerdens der WaR bei gemischt. Schanker. Bd. 54 S. 356.

§ 9.

Pohlen Kurt: Gesundheitsstatistisches Auskunftsbuch für das Reich. Ausgabe 1936.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Pohlen Kurt: Die Meldungen v. Geschl.-Kranken wegen Entziehung aus der Behandlung.

Die Vergehen gegen das Gesetz zur Bek. der Geschl.-Krankheiten im Jahre 1933. Bd. 54 S. 268.

Schultze: Das Vorgehen gegen asoziale Geschlechtskranke. Bd. 54 S. 89.

Reinhard, Ferdinand O. and W. Thurber Faber: Säumige Patienten in Geschl.-Krankenhäusern. Bd. 54 S. 383.

Carle: Einige Betrachtungen über das Zurückführen von Prostituierten zu geordnetem Lebenswandel. Bd. 53 S. 581.

LEBENSLAUF

Ich wurde geboren am 12. Juli 1914 als Sohn des Herrn Hermann Hartenbach und Frau Marie-Rose Hartenbach, geb. Quey. Nach bestandener Reifeprüfung Ostern 1933 studierte ich an den Hochschulen Freiburg, Heidelberg und München. Am 12. Dezember 1938 beendete ich mein medizinisches Staatsexamen in München.